



HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO TAYSIN PSYKIATRIAN TOIMIALUEELLA

Käyttöönottomallin kehittäminen Bikvamallin avulla

Katja Kiiski

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

KIISKI, KATJA:

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto Taysin psykiatrian toimialueella
Käyttöönottomallin kehittäminen Bikva-mallin avulla

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijöiden ja esimiesten kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta Taysin psykiatrian toimialueella. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää toimintamalli uuden järjestelmän käyttöönottoprosessiin. Rafaela on hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jolla tuotetaan tietoa potilaiden yksilöllisestä hoidon tarpeesta, hoitotyön työpanoksesta, hoitohenkilöstön kustannuksista ja hoitohenkilöstön työn tuottavuudesta.

Opinnäytetyö on Bikva-mallin mukaisesti tehty laadullinen tutkimus. Bikva arviointi- ja kehittämismenetelmän lähtökohtana ovat asiakkaiden kokemukset palvelujen laadusta. Tässä opinnäytetyössä menetelmää sovellettiin käytännön johtamistyön kehittämiseen niin, että asiakkaana oli hoitohenkilökunta, käyttöönottoprosessin johtamisen kohde. Aineistonkeruun ensimmäinen vaihe koostui kolmesta hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelusta (n = 12). Hoitohenkilökunnan kokemukset esiteltiin osastonhoitajille ryhmähaastattelussa (n = 5), ja osastonhoitajilta kysyttiin käyttöönoton kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia. Kahden ensimmäisen vaiheen aineisto esiteltiin ylihoitajille ryhmähaastattelussa (n = 3), jossa heiltä kysyttiin kehittämis ehdotuksia käyttöönotolle.

Tuloksista muodostettiin käyttöönottomalli, joka pitää sisällään kolme pääkohtaa: suunnittelu, koulutus ja toteutus. Suunnittelussa keskeisimmiksi asioiksi nousivat lähiesimiesten mukana olo suunnittelussa, aikataulun väljyys ja priorisoimisen taito. Koulutuksen keskeisimmät osa-alueet olivat kohdeyleisön huomioiminen, vuorovaikutuksellisuus ja muutoksiin keskittyminen. Toteutuksen kannalta merkittävää oli osastotyöskentelyn painotus, keskustelun ja yhdessä tekemisen lisääminen osastolla, työryhmän kannustaminen itseohjautuvaksi, huolella valittu yhdyshenkilö, esimiestyön näkyväksi tekeminen, ja selkeä ohjeistus.

Hoitohenkilökunnan kokemuksista nousi vahvasti esiin hoitoisuusluokitusten historia Pitkäniemen sairaalassa. Hoitohenkilökunta koki, ettei hoitoisuusluokitusten tekemisestä ole aikaisemmin ollut hyötyä, ja myös osastonhoitajat ja ylihoitajat puhuivat samasta asiasta. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää sellaisten hoitajien kokemuksia Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta, jotka eivät aikaisemmin ole olleet tekemisissä hoitoisuusluokitusten kanssa.

Asiasanat: hoitoisuusluokitusjärjestelmä, käyttöönotto, muutosjohtaminen.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Development and Management of Health Care
and Social Services

KIISKI, KATJA:

Deployment of Patient Classification System in Tampere University Hospital`s Domain
of Psychiatry

Deployment Process Development with Bikva-model

Master's thesis 61 pages, appendices 8 pages

October 2013

Rafaela patient classification system was brought in use on Pitkänieni hospital in spring 2012. Rafaela is a system which provides data on individual patients` care needs, the contributions of nursing, nursing staff costs and labor productivity.

The purpose of this thesis was to collect nursing staff and superiors` experiences of Rafaela patient classification system deployment. The project goal was to create a model for deployment process.

The data were collected by using Bikva-evaluation model. In this thesis Bikva was applied to the practical work of leadership development, so that the client or the nursing staff was a management target.

The deployment model included three parts: planning, training and implementing. The most important things in planning were managers` involvement, leisureed schedule and good prioritizing. The main part of the training included knowing the target audience, interaction and emphasis of changes in training session. The most important things in implementing were concentration on department work, increased conversation and working together in the department, encouraging the working group, self-directed, carefully selected contact person, making the leadership visible and clear guidelines.

The findings indicated that the history of patient classification in Pitkänieni affect nurses` experiences of Rafaela patient classification deployment. It would be interesting to find out the nurses` experience of the patient classification system, who have not been involved in patient classification system before.

Key words: patient classification system, deployment, change management

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄ.....	8
2.1	Hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus	8
2.2	Rafaela -hoitoisuusluokitusjärjestelmä	9
2.3	Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotkokemukset	10
3	MUUTOSJOHTAMINEN UUDEN JÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTOSSA	13
3.1	Muutosjohtamisen prosessi.....	13
3.2	Ihmisten johtaminen ja muutosvastarinta	14
3.3	Henkilöstön osallistaminen ja viestintä	16
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	19
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
5.1	Bikva-malli osana laadullista tutkimusta	20
5.2	Ryhmähaastattelu tiedonkeruu menetelmänä	23
5.3	Sisällönanalyysi	24
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
6.1	Hoitohenkilökunnan haastattelut	26
6.2	Osastonhoitajien ja ylihoitajien haastattelut	26
7	TULOKSET	28
7.1	Hoitohenkilökunnan kokemukset hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta.....	28
7.1.1	Myönteiset käyttöönotkokemukset	28
7.1.2	Kielteiset käyttöönotkokemukset.....	29
7.1.3	Epäusko hoitoisuusluokitusjärjestelmään	30
7.1.4	Käyttöönottoon liittyvät toiveet	32
7.2	Osastonhoitajien kokemukset ja kehittämis ehdotukset	33
7.2.1	Toteutuksen suunnittelu	34
7.2.2	Käyttöönoton subjektiivisuus.....	36
7.2.3	Käytännöistä sopiminen	37
7.3	Ylihoitajien kokemukset ja kehittämis ehdotukset	38
7.3.1	Toteutuksen kulku.....	39
7.3.2	Hyödyntämisen viestiminen.....	41
7.3.3	Käyttöönotto osastolla.....	41
7.4	Käyttöönottomalli	42
8	POHDINTA.....	44
8.1	Tulosten tarkastelua	44

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	47
8.3 Jatkotutkimusaiheet.....	49
LÄHTEET	51
LIITTEET	54
Liite 1. Kutsukirje hoitohenkilökunnalle.....	54
Liite 2. Teemahaastattelurunko hoitohenkilökunnalle.	55
Liite 3. Hoitohenkilökunnan haastatteluiden analyysi	56

1 JOHDANTO

Uudenlaisen toimintamallin tai järjestelmän käyttöönotossa on kysymys muutoksesta ja sen johtamisesta. Kehittäminen ja uudistaminen kuuluvat useimpien organisaatioiden perustoimintaan, ja näin muutos on osa arkipäivää. Päivittäisjohtamisen ja muutosjohtamisen välillä on usein vaikea nähdä eroa. (Mattila 2011, 9.) Onnistunut muutos on kiinni useista eri toimijoista. Sen lisäksi, että johtajilta vaaditaan tietynlaisia valmiuksia, on myös henkilökunnalla vastuu osaamisensa kehittämisestä. (Stenvall & Virtanen 2007, 107, 109–110.)

Opinnäytetyö käsittelee Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa Pitkänien sairaalassa muutosjohtamisen näkökulmasta. Rafaela on järjestelmä, jolla tuotetaan tietoa potilaiden yksilöllisestä hoidon tarpeesta, hoitotyön työpanoksesta, hoitohenkilöstön kustannuksista ja hoitohenkilöstön työn tuottavuudesta. (Finnish Consulting Group 2013.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän (Rafaela) käyttöönottoprosessi Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) psykiatrian toimialueella sai alkunsa keväällä 2012. Käyttöönottoprosessissa olivat mukana Pitkänien sairaalasta aikuis-, vanhus-, nuoriso-, sekä oikeuspsykiatrian yksiköt, sekä kantatalon yhteydessä oleva yleissairaalapsykiatrian yksikkö. Osastojen vastuuhenkilöiden koulutukset alkoivat helmikuussa 2012, ja sen myötä myös koko hoitohenkilökunnan koulutus.

Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton jatkaminen mainitaan yhdeksi merkittäväksi hoitotyön kehittämisen osa-alueeksi Taysin vuoden 2012 toimintasuunnitelmassa (Tays toimintasuunnitelma 2012–2014, 25). Potilasturvallisuuden, ja hoidon laadun kehittämisen ehdottomana edellytyksenä on oikeanlainen henkilöstömitoitus. Henkilöstömitoituksen suunnittelu ja arviointi edellyttää, että samassa tietojärjestelmässä on erilaisia potilaita, henkilöstöä ja hoidontuloksia koskevia tietoja, asioiden välisten yhteyksien selvittämiseksi. (Partanen 2002.)

Tämän opinnäytetyön aihe nousee myös jatkuvan muutoksen alla olevasta työelämästä, joka tarvitsee työkaluja erilaisten järjestelmien käyttöönottoihin. Opinnäytetyö on tehty

yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa, ja opinnäytetyöprosessia ovat olleet tukemassa Pitkäniemen sairaalan ylihoitajat.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijöiden ja esimiesten kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta Taysin psykiatrian toimialueella. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää toimintamalli uuden järjestelmän käyttöönottoprosessiin.

2 HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄ

2.1 Hoitoisuus ja hoitoisuusluokitus

Hoitoisuus -käsitteelle ei ole olemassa yhtä hyväksyttyä määritelmää. Käsitteelle on ominaista, että se määritellään eri tilanteissa ja aikakaudesta riippuen hyvin eri tavoin. Tässä yhteydessä hoitoisuus -käsite kuvaa hoidon määrällistä ja laadullista tarvetta. Muita käytettyjä ilmaisuja ovat esimerkiksi kuntoisuus ja hoidettavuus. Hoitoisuus on arvio siitä, kuinka raskashoitoinen potilas on. Tämä pistelukuina ilmoitettava arvio kertoo myös sen, kuinka suuren työpanoksen potilas tarvitsee hoitohenkilökunnalta. (Fagerström & Rauhala 2003, 11; Kaustinen 2011, 24.)

Hoitoisuus -käsitteen määrittelyä tehtäessä on tärkeää ottaa huomioon, ettei potilaan tilan vakavuus automaattisesti korreloi hoitotyön tarpeen kanssa. Englanninkielisessä kirjallisuudessa on ollut käytössä termi *acuity*, joka viittaa työmäärän intensiteettiin, jolloin se yhdistetään helposti potilaan sairauden vakavuuteen. Saman diagnoosin omaavat potilaat voivat hyvinkin kuluttaa eri määrän hoitajan työaika, ja tästä syystä lääketieteellinen diagnoosi ei ole luotettava mittari hoidon tarvetta mitattaessa. (Partanen 2002, 21–22.)

Hoitoisuusluokitus on hoitajan oma arvio toteutuneesta hoitotyönmäärästä, tiettyinä ajanjaksona, tietyille potilaalle. Sen tarkoituksena on pystyä määrittelemään, paljonko hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta potilaiden tarpeet tulisi huomioitua. (Fagerström & Rauhala 2003, 11.) Monet aiemmat mittarit kertovat enemmän osaston kokonaistoiminnasta, kuin hoitotyön osuudesta. (Lipsanen 2005, 2).

Hoitoisuusluokitusjärjestelmä on luotu potilaan oikeuksien, johtamisen sekä henkilökunnan työssä jaksamisen apuvälineeksi. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän toimiessa toivotulla tavalla, siitä hyötyy sekä hoitotyön asiakkaat että henkilökunta. Ideana on, että olemassa olevat hoitajaresurssit kyettäisiin jakamaan mahdollisimman tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti. Järjestelmä tuottaa myös tiedon siitä, jos resurssit ovat riittämättömät, ja toimii apuvälineenä henkilöstöhallinnollisessa päätöksenteossa. Potilaiden hoitoisuuden ja henkilöstöresurssien tarve tulee voida osoittaa objektiivisilla luvuilla. Järjestelmällä kyetään tuottamaan myös tietoa budjetointia varten, ja sen tavoitteena on

myös kehittää hoitotyön laatua, hoitotyön dokumentointia sekä tehdä näkymätön hoitotyö näkyväksi. (Fagerström & Rauhala 2003, 7–13.)

2.2 Rafaela -hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on laajalti käytössä suomalaisessa erikoissairanhoidossa. (Fagerström & Rauhala 2004). Rafaela koostuu kolmesta erilaisesta mittarista, joista ensimmäinen OPC-mittari mittaa potilaiden hoitoisuutta. OPC-mittari on kehitetty Oulun yliopistollisessa sairaalassa (1991–1994) ja se sisältää kuusi kohtaa (tarvealuetta):

1. hoidon suunnittelu ja koordinointi
2. hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet
3. ravinto ja lääkehoito
4. hygienia ja eritystoiminta
5. aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo
6. hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki

Pitkäniemen sairaalassa on luotu psykiatriaan soveltuva hoitoisuusluokitusmittari, Pitkäniemi Patient Classification (PPC) vuonna 1995. Mittarin laadinnassa hyödynnettiin somatiikan puolelle rakennettua OPC-mittaria. Psykiatrisen hoitotyön osa-alueita ovat:

1. suunnitelmallisuus hoitotyössä
2. tieto ja ohjaus hoitotyössä
3. mielenterveyttä edistävä hoitotyö
4. ihmis- ja ympäristösuhteisiin liittyvä hoitotyö
5. päivittäisiin toimintoihin liittyvä hoitotyö
6. fyysistä hyvinvointia edistävä hoitotyö.

(Ala-Nikkola, Mönkäre & Rajala 2005; Lipsanen 2005.)

PPC-mittarin luomisen taustalla on TtT Terttu Munnukan väitöskirja ”Tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä yksilövastuiseen hoitotyöhön” (1993), jossa merkittävänä tarkastelun kohteena on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde, mikä on psykiatrisessa hoito-

työssä keskeistä (Lipsanen 2005, 4). Hoitoisuus voi vaihdella jokaisella eri osa-alueella asteikolla A-D (A=1 piste, B=2 pistettä jne.) Pisteet lasketaan yhteen ja luokitus päättyy neljään eri hoitoisuusluokkaan; pienin pistemäärä kuvaa vähimmäistä hoidon tarvetta ja suurin pistemäärä maksimaalista hoidon tarvetta. (Fagerström & Rauhala 2003, 13; Lipsanen 2005, 11.)

Toisena mittarina on hoitajavoimavarojen rekisteröintiohjelma, johon tallennetaan tiedot potilaisiin käytetyistä hoitajaresursseista. Tässä resurssilaskennassa lasketaan työminuutit, joita on käytetty potilaiden hoitamiseen. Näistä minuuteista vähennetään toiminnot, jotka eivät suoranaisesti ole potilastyötä. Tällaisia toimintoja ovat koulutukset ja työ, joka on tapahtunut osaston ulkopuolella, ja joka ei ole liittynyt osastolla kirjoilla olevien potilaiden hoitamiseen. Hoitoisuusluokitus- ja resurssilaskentamittarit yhdistämällä saadaan tieto siitä, mikä on potilaiden hoitoisuus suhteessa hoitajamäärään. (Finnish Consulting Group 2013.)

Kolmantena mittarina on PAONCIL-mittari (Professional Assessment of Nursing Care Intensity), jonka tarkoitus on laskea milloin hoitoisuus on optimaalinen hoitajaa kohden, eli milloin hoitajat pystyvät vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen hyvin. PAONCIL-menetelmällä määritellään jokaiselle yksikölle erikseen optimaalisen hoitoisuuden taso, joka perustuu hoitotyöntekijöiden ammatilliseen arvioon. Optimaalisen resursoinnin taso saadaan yhdistämällä yksikön optimaalisen hoitoisuuden taso yksikön hoitoisuus/hoitaja -tietoon. (Fagerström 2003, 14; Finnish Consulting Group 2013.)

Pitkäniemensairaalassa on jo toistakymmentä vuotta ollut käytössä PPC- hoitoisuusluokitusmittari, mutta varsinaisen hoitoisuusluokitusjärjestelmän, joka sisältää resurssien ja optimaalisuuden laskennan, käyttöönotto tapahtui keväällä 2012.

2.3 Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottokokemukset

Ensimmäinen HYKS Jorvin sairaalan osasto aloitti hoitoisuusluokitusprojektissa (Rafaela) vuonna 2000, toinen vuonna 2001, ja loput osastot vuosina 2002 ja 2003. Rinnakkaisluokitusten tulokset erosivat suuresti näiden kahden ensimmäiseksi aloittaneen osaston välillä. Rinnakkaisluokituksella tarkoitetaan kahden hoitajan tekemää luokittelua samasta potilaasta. Käyttöön otettiin psykiatrian puolelle tarkoitettu PPC-mittari, jonka

kehitystyö oli tuolloin vielä kesken. Haasteelliseksi käyttöönoton Jorvissa teki se, että PPC-mittari on kehitetty omahoitajajärjestelmään, ja Jorvin psykiatrian yksikössä oli käytössä moniammatillinen hoitoryhmätyöskentelymalli, jossa hoitajan osuutta potilaan hoitotyössä oli vaikea määritellä. Ongelmakohdaksi nimettiin se, että luokitteluun vaikutti joskus enemmän potilaan sairaus, kuin toteutunut hoitotyön määrä. Lisäksi luokittelun luotettavuuteen vaikutti vaillinaisen kirjaaminen, jonka perusteella luokittelut tehtiin. Tavoitteeksi asetettiin esimerkkiluokittelujen avulla siirtyminen entistä yksimielisempään PPC-mittarin ymmärtämiseen. (Kanerva ym. 2003, 20–22.)

PPC-mittarin käyttöönotto Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS Helsingin sairaaloiden psykiatrian tulosyksiköissä toteutettiin vuosina 2003 ja 2004. Hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönotto oli aluksi herättänyt vastustusta ja henkilökunnan oli vaikea hahmottaa luokittelemisesta koituvaa hyötyä. Henkilökunta koki, että käyttöönottoprosessiin käytetty aika oli pois potilastyöstä. Käyttöönoton vastustukseen liittyi ajatus siitä, että mittarin avulla voidaan vähentää hoitajaresursseja. Erittäin merkityksellisenä käyttöönoton onnistumisen kannalta koettiin osastolla pidetyt yhteiskeskustelut. Nämä keskustelut tukivat niin yhteisymmärryksen syntymistä mittarin käytöstä, kuin käsityksen muodostumista osaston hoitotyöstä. (Ala-Nikkola, Mönkäre & Rajala, 2005.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitoisuusluokituksen käyttöönotossa henkilökunta turhautui kiireiseen työtahtiin sekä sijaisten perehdyttämiseen. Raportissa todetaan myös, että hoitohenkilökunnalla on erilaisia valmiuksia tarkastella omaa työskentelyään vaaditusta näkökulmasta, ja näitä valmiuksia tulisi lisätä esimerkiksi koulutuksella. Vuonna 2002 tehdyn kartoituksen perusteella todettiin, että tuen tarve hoitoisuusluokitusmittarin käytössä on hyvin laaja-alaista. Henkilökunta koki, että yksimielisyyttä luokittelussa on vaikeaa saavuttaa, koska psykiatrinen hoitotyö on niin monipuolista. Osastoilla tehty rinnakkaisluokitusten tulokset antoivat kuitenkin ymmärtää toisin. (Lipsanen 2005, 28.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä käyttöönottokokemuksien negatiivisuus johtui osittain järjestelmän keskeneräisyydestä. Ongelmaksi koettiin ATK-ohjelmien virheiden aiheuttama tulosten hyödyntämisen hidastuminen. Rafaelan kehityttyä näistä ongelmista on päästy eroon ainakin siltä osin, että se tuottaa itse tarvittavat tilastot ja graafiset esitykset. (Lipsanen 2005, 27.)

Kuten tässäkin opinnäytetyössä, on Johanna Syrjälä tutkinut hoitohenkilökunnan näkemyksiä Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottovaiheesta ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään (2010). Tutkimus toteutettiin geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla. Tutkimuksen tuloksissa kerrotaan, että hoitajat olivat pääasiassa tyytyväisiä koulutustilaisuuksiin, mutta kaikki eivät olleet päässeet osallistumaan koulutuksiin. Hoitajat nimenomaan toivoivat koulutustilaisuuksia, joihin kaikilla olisi mahdollisuus osallistua. Hoitajat epäröivät myös hoitoisuusluokitusjärjestelmän todellista hyötyä, ja kokivat selkeän ja yhteneväisen ohjeistuksen puuttuvan. (Syrjälä 2010.)

Heidi Zadraks loi koulutusmallin hoitoisuusluokituksen käyttöönotolle ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään. Zadraksin työstä ilmenee, että hoitohenkilökunta koki järjestelmän lähinnä hallinnolliseksi välineeksi. Henkilökunta suhtautui aluksi järjestelmään hyvin epäuskoisesti, ja hoitoisuusluokitusta pidettiin vähemmän tärkeänä asiana. Zadraksin luoman koulutusmallin ensimmäinen vaihe pitää sisällään koulutukseen osallistujien lähtötason arvioinnin, jota tulisi käyttää koulutuksen sisällön suunnittelussa. Tärkeänä mallissa pidettiin sitä, että kaikki pääsevät osallistumaan koulutukseen. (Zadraks 2011.)

3 MUUTOSJOHTAMINEN UUDEN JÄRJESTELMÄN KÄYT- TÖÖNOTOSSA

3.1 Muutosjohtamisen prosessi

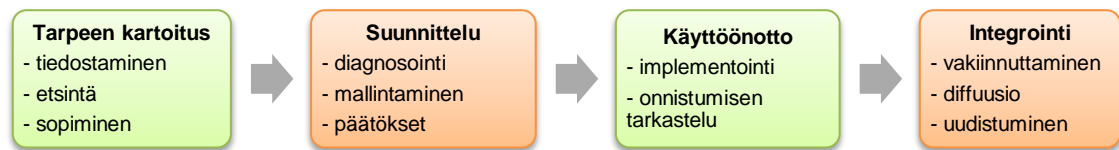
Muutosjohtaminen ei ole pelkästään muutosvastarinnan torjumista tai hallitsemista. Muutoksen johtaminen tulisi aloittaa paljon ennen muutoksen varsinaista käynnistymistä. (Mattila 2011, 29–30.)

Muutosjohtamisen prosessia on kuvattu lukuisilla eri tavoilla. Yksi tunnetuimmista muutosjohtamisen asiantuntijoista on yhdysvaltalainen John Kotter, mutta myös suomalainen Anneli Valpola on kirjoittanut aiheesta. Onnistuneen muutoksen edellytyksenä on, että haluttu muutos on määritelty tarkasti ja riittävän monella organisaatiossa on tiedossa, miksi muutos on tarpeellinen. Johtajan tulee kyetä luomaan riittävän suurta muutostahtoa ja tunne muutoksen pakottavuudesta. (Kotter 2009, Valpola 2004.) Valpolan mukaan muutos tarvitsee viisi vaihetta onnistuakseen. Ensimmäinen vaihe, muutostarpeen määrittely ja muutostarpeen hyväksyminen ovat edellytyksenä koko muutosprosessin käynnistymiselle. Toisena tekijänä tulee yhteinen näkemys. Se pitää sisällään sen, kuinka toivottuun tulokseen tullaan pyrkimään, ja antaa yhteneväiset keinot muutoksen läpivientiin. Kolmanneksi tarvitaan muutosvoimaa, eli kykyä huolehtia muutoksen läpiviemisestä. Vasta tämän jälkeen ryhdytään ensimmäisiin toimenpiteisiin. Ne alkavat ensimmäisestä päivästä siitä, kun muutoksesta kerrotaan yleisesti (Valpola 2004, 27–34.)

Muutosprosessi on aina monivaiheinen, eikä prosessin viimeisiä vaiheita voi sivuuttaa nopeasti. Muutoksen käytäntöön ankkuroiminen, eli uusien toimintatapojen juurruttaminen yrityskulttuuriin voi muutoksen koosta riippuen kestää jopa vuosia. (Kotter 2009, Valpola 2004.)

Juuti, Rannikko ja Saarikoski (2004) esittelevät mallin, jossa muutoksen vaiheet on kuvattavissa lineaarisesti (kuvio 1). Muutos pyritään esittämään mahdollisimman selkeästi rationaalisesti etenevänä toimintojen sarjana. Tämän näkökulman mukaan muutostarve pystytään perustelemaan tieteellisillä tutkimuksilla ja tarkoilla luvuilla. Tarpeen kartoittamisen jälkeen suunnitellaan, josta seuraa päätös hankkeen toteuttamisesta. Käyttöön-

ottovaiheessa muutos jalkautetaan ja tarkastellaan sen onnistumista. Lopuksi muutos vakiinnutetaan osaksi organisaation toimintaa (integroidaan). (Juuti, Rannikko & Saarikoski 2004, 80–84.)



KUVIO 1. Lineaarisesti etenevä vaihemalli muutoksesta (Juuti ym. 2004)

3.2 Ihmisten johtaminen ja muutosvastarinta

Johtamistyyli ei ole aina tietoisesti valittua, mutta tietoisella johtamistyylin valinnalla on todettu olevan hyötyä esimiehenä menestymisessä. Muutosjohtamisen tai vuorovaihtuksellisen johtamisen valinneet esimiehet kohtaavat työssään muita johtajia vähemmän johtamisongelmia. (Lindholm, Sivberg & Ude' n 2000.)

Muutosjohtaminen edellyttää vain pieneltä osin asioiden johtamista ja on suurimmaksi osaksi ihmisten johtamista (Kotter 1996, 23). Ihmisten johtamisesta puhuttaessa ei voida sivuuttaa tunteiden johtamista. Muutos herättää ihmisissä paljon erilaisia tunteita, ja joskus jopa pelkoa. Muutos on erityistilanne, joka vaati johtamiselta paljon. Muutokseen sopeutuminen vaatii aikaa. Muutosvastarintaa lisää se, jos sopeutumiselle ei anneta tilaa ja aikaa, vaan luodaan innolla ja kiireellä uutta. Silloin esimiehen ja työntekijöiden tunteet ovat eri kohdissa. Jotta muutosprosessi onnistuisi, edellyttää se kaikenlaisten tunteiden hyväksymistä osana prosessia. (Kaski & Kiander 2005, 66–68.)

Liian usein muutosvastarinta nähdään ainoastaan negatiivisena asiana. Vastarinta voitaisiin kuitenkin kääntää hyödyksi yrittämällä tulkita henkilöstön asenteita ja niiden syitä. Tällä tavoin vastarinnalla voitaisiin vaikuttaa jopa positiivisesti muutoksen onnistumiseen. Vastarintaa voi yhtälailla ilmetä työntekijätasolla kuin johtoportaassakin. Iso osa vastarinnasta tulee kuitenkin ruohonjuuritasolta, varsinkin silloin, kun he eivät ole päässeet osallisiksi muutoksen valmisteluissa. Usein alempi työnjohto tukee muutosta aidos-

ti välittämällä työntekijätason kritiikkiä ylemmälle johdolle. Tämä kuitenkin saatetaan tulkita esimiesten vastarinnaksi. Väliportaan vastarinnan syyt ovat usein eri kuin alemmalla organisaatiotasolla. Esimiehet saattavat esimerkiksi pelätä resurssien menettämistä. Vastarinnan laukaisijana voi toimia myös omat puutteelliset muutosjohtamisen kyvyt tai se, että oma työsuhde koetaan epävarmana. Voidaan ajatella myös niin, että vain työpaikkaansa kunnolla sitoutuneet työntekijät jaksavat aktiivisesti kritisoida muutos-hankkeita, jolloin kritiikkiä onkin syytä käyttää hyödyksi toiminnan kehittämisessä. (Mattila 2011, 11–26.)

Rakentava tunteiden käsittely on osa johtamistyötä. Johtajan on tärkeää tunnistaa omat tunteensa ja kyetä hyväksymään ne. Itsetuntemukseen kuuluu, että on tietoinen omasta persoonastaan ja omista persoonallisista toimintatavoistaan eri tilanteissa. (Kaski & Kiander 2007.) Tunteet kertovat meille mm. toiminnan sujumisesta ja auttavat tavoitteiden saavuttamisessa. Tunteet myös auttavat meitä suuntaamaan tarkkaavaisuutemme merkityksellisiin asioihin. (Leppänen & Rauhala 2012, 31.)

Aiemmillä kokemuksilla ja historialla on aina merkitys muutosprosessin onnistumisessa. Työntekijöiden suhtautuminen muutoksiin on usein negatiivista, jos taustalla on kokemus vaikeasta tai epäonnistuneesta muutoksesta. Pelätään, ettei muutosta voida toteuttaa ilman, että koetaan suuria menetyksiä. (Kotter 1996, 15; Stenvall & Virtanen 2007, 43.)

Outi Kansteen väitöskirjan (2005) mukaan hoitotyön lähijohtajilla esiintyy pääasiassa enemmän palkitsevan muutosjohtajuuden ulottuvuuksia, kuin työntekijöiden jatkuvaa valvomista. Palkitsemista esiintyi kuitenkin harvemmin psykiatrisissa hoito-organisaatioissa ja yksiköissä, kuin muissa organisaatiotyypeissä. (Kanste 2005.) Visiointia ja toimintojen kyseenalaistamista esiintyy osastonhoitajan johtamisessa harvoin, vaikka niitä voidaan pitää muutokseen tähtäävinä johtamistoimintoina. Riitta Vuorisen väitöskirjan (2008) mukaan, osastonhoitajat ovat hyvin maltillisia muutoksia läpi viettäessä, ja johtamistoiminta pohjautuu pitkälti perustehtävän johtamiseen. Se on konkreettista ja maltillista johtamista. Muutostilanteissa perustyönturvaaminen nähdään ensisijaisena. (Vuorinen 2008.)

Rafaela hoitoisuusluokitusjärjestelmän yksi ensisijaisista tehtävistä on toimia johtamisen apuvälineenä. Se antaa arvion henkilöstöresurssien tarpeesta, mutta edellyttää esi-

miehiltä luottamusta hoitajien pätevyyteen arvioida potilaiden hoitoisuutta ja työnkuor-
mitusta. (Fagerström & Rauhala 2003, 12.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla hoitotyön johtajat voivat arvioida, ovatko hoitaja-
resurssit olleet tasapainossa suhteessa potilaiden hoidon tarpeisiin. Anna-Kaisa Pusan
(2007) mukaan PAONCIL-menetelmä mahdollistaa hoitajavoimavarojen optimaalisen
kohdentamisen potilaiden hoidon tarpeen mukaisesti. Pusa tarkastelee väitöskirjassaan
myös, kuinka paljon hoitotyön johtajat todellisuudessa hyödynsivät hoitoisuusluokitus-
järjestelmästä saatavia tietoja. Pusa teetti kyselyn vuosina 2004–2005 neljän eri keskus-
sairaalan hoitotyön johtajille siitä, kuinka aktiivisesti he olivat hyödyntäneet Rafaela-
järjestelmästä saatavaa tietoa johtamisessaan. Aineiston perusteella voitiin sanoa, ettei-
vät läheskään kaikki johtajat hyödyntäneet järjestelmää täysimittaisesti. Rafaelasta saa-
tavasta tietoa-aineistosta olisi mahdollisuuksia laajempaan hyödyntämiseen. (Pusa 2007.)

Fagerströmin ja Rauhalan tutkimuksen (2003) mukaan Rafaela-järjestelmän tuottamaa
tietoa voidaan hyödyntää henkilöstöhallinnossa. Tämä edellyttää sekä OPC-mittarin että
PAONCIL-mittarin käyttöä, joilla voidaan määrittää osaston optimaalinen hoitoisuusta-
so. Tulos on helposti raportoitava ja ymmärrettävä päätöksentekijöille. OPC-mittari
vaatii kuitenkin toimiakseen jatkuvaa ylläpitoa ja nimetyn vastuuhenkilön. Yhtenäiset
ohjeistukset ovat tärkeitä ja niistä tulee järjestää hoitohenkilökunnalle koulutuksia. (Fa-
gerström & Rauhala 2003, 131–133.)

3.3 Henkilöstön osallistaminen ja viestintä

Muutosta haettaessa organisaation toimintaan, täytyy ottaa huomioon sekä yksilön että
organisaation edellytykset muutokselle. Toimintaympäristö vaatii oppimisen ja uudis-
tumisen nostamista suurempaan rooliin. Organisaatorakenteen tulee olla uusiutumista
tukevaa, ja arvojen tulee kannustaa elinikäiseen oppimiseen. Henkilökuntaa tulee pitää
arvokkaimpana resurssina. (Sydänmaanlakka 2004, 100–102.)

Ajan saatossa on henkilöstön koulutuksen määrä lisääntynyt. Siitä huolimatta henkilös-
töä pidetään edelleen hyvin passiivisena, ja strateginen työ on säilynyt johdolla. Henki-
löstön mukaan ottaminen suunnitteluun ja kehittämiseen on edelleen vähäistä. Strategi-

sen muutoksen tekeminen voi olla vaikeaa, silloin kun strategisella ja toiminnallisella puolella on eri toteuttajat. (Jalava & Matilainen 2010, 8–9.)

Onnistuneen muutoksen johtamisen kulmakiviä ovat osallistaminen sekä tiedonkulku. On tärkeää, että työntekijällä on kokemus siitä, että hän pystyy vaikuttamaan asioihin. Tunne siitä, että hänen mielipiteellään on merkitystä, ja hänen osaamistaan arvostetaan on tärkeää. Tiedon jakamisen merkitys on selvä. Sitä tulisi jakaa avoimesti jo ennen muutosta ja muutoksen jokaisessa vaiheessa. Esimiehen tulisi kertoa kuitenkin myös siitä, mikäli hänellä itsellään ei ole asiasta tarkempaa tietoa juuri sillä hetkellä. Muutoin työntekijälle voi syntyä mielikuva siitä, että tietoa pimitetään. (Kaski & Kiander 2005, 66–68.)

Muutosjohtamisen yksi tärkeimpiä osa-alueita on muutoksesta viestiminen. Leppänen ja Rauhala puhuvat oppimiskäsityksistä. Johtajan tulee ”tuntea yleisönsä”, ja huomioida jokainen työntekijä yksilönä. Ihminen ymmärtää uuden tiedon aiemman tiedon avulla, ja näin tietorakenteet täydentyvät jatkuvasti uusien kokemusten ja tunteiden avulla. Ihmiset, joilla on erilaiset tavoitteet ja mielenkiinto, kiinnittävät huomionsa aivan eri asioihin. Oppimisesta puhuttaessa on hyvä ymmärtää, että ei ole olemassa oikotietä pysyvään oppimiseen. Syväprosessoinnissa keskitytään asian merkityksen ymmärtämiseen, ja tälle prosessoinnille tule antaa aikaa. Ihmisten käyttäytymisen muutosta ei voi olettaa tapahtuvan viikossa. (Leppänen & Rauhala 2012, 36–37.)

Onnistuneen muutoksen edellytyksiin kuuluu se, että henkilöstöä kuunnellaan ja henkilöstöllä on aidosti vaikuttamismahdollisuuksia. Muita onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat tiedon kulkuun liittyvät asiat, yhteiseen ilmapiiriin ja sen hoitamiseen liittyvät seikat, sekä konkreettiset muutokseen liittyvät asiat. (Juusola, Oksa, Pukuri & Rantalaiho 2003.)

Hoitotyön johtaminen muutosjohtamisen keinoin on todettu olevan hankalaa byrokraattisissa sairaalaorganisaatioissa. Osastonhoitajilta odotetaan kuitenkin myös johtamista, joka keskittyy tuottavuuteen, sekä myöntyvyyttä organisaation viralliseen linjaan. (McGuire & Kerrerly 2006.)

Johtamista voidaan tehdä ihmisten kautta, jolloin johtamisessa keskeistä on johdettavien motivoiminen ja vastuuttaminen. Schildtin, Partasen ja Suomisen (2009) tutkimuksessa

tätä transformaalista johtamista ilmeni erikoissairaanhoidon osastonhoitajilla kohtalaisesti. Eniten ilmeni inspiroivaa tapaa motivoida työntekijöitä. Osastonhoitajat kannustivat henkilöstöä vastaanottamaan haasteita, ja saivat työntekijät sitoutumaan yhteisiin tavoitteisiin. (Schildt, Partanen & Suominen 2009.)

Vuorisen mukaan osastonhoitajien yleisimpänä johtamistoimintona voidaan pitää ”muiden valtuuttamista toimintaan”. Toiseksi yleisimpänä toimintona on ”tien näyttäminen” ja kolmanneksi ”rohkaiseminen”. Neljänneksi yleisin johtamistoiminto osastonhoitajilla on ”yhteiseen visioon innostaminen”. Harvimminkin esiintyvä toiminto oli ”prosessien kyseenalaistaminen”. Vuorinen tutki väitöskirjassaan osastonhoitajien valmiuksia muutoksen johtamisessa vertaamalla osastonhoitajien itsearviointeja sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointeihin. Arviot olivat keskenään hyvin samankaltaisia. (Vuorinen 2008.)

Heinon ja Taskisen (2012) tutkimuksessa etsittiin perusterveydenhuollon lähijohtajien muutosjohtamista estäviä ja edistäviä tekijöitä. Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollon kaupungin sairaalassa, jossa haastateltavana oli osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia. Muutosjohtamista edisti muun muassa lähijohdon saama perusteltu ja avoin tiedotus, sekä mahdollisuus vaikuttaa muutokseen. Tärkeäksi asiaksi oli koettu ylemmän johdon ja ylihoitajien tuki. Myös itse organisaation joustavuudelle annettiin suuri merkitys. Työyhteisön tuki, luottamus sekä omat valmiudet muutoksen johtamiseen todettiin merkityksellisiksi. Muutosjohtamista estäviksi tekijöiksi oli koettu muun muassa henkilöstön kielteinen asenne, tiedotuksen puute ja muutoksen nopea aikataulu. Lähijohtajaan itseensä liittyvät estävät tekijät liittyivät muun muassa ajanhallinnan vaikeuteen ja kokemattomuuteen lähijohtajana. (Heino & Taskinen 2012.)

Muutoksen johtamisen menestystekijöihin sisältyy myös ajatus siitä, että johdon tulee tehdä selväksi, että he ovat aktiivisesti mukana kehittämisprosessin erivaiheissa. Johdon tehtäviin kuuluu huolehtia tiedottamisesta, kommunikoinnista ja siitä, että kaikki ovat mukana, mutta myös varautua ristiriitoihin. Muutosta on johdettava. (Tuominen 2010, 30–31.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden ja esimiesten kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta Taysin psykiatrian toimialueella. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toimintamalli uuden järjestelmän käyttöönottoprosessiin.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- 1) Minkälaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta?
- 2) Minkälaisia kehittämis ehdotuksia osastonhoitajilla ja ylihoitajilla on hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella?
- 3) Minkälainen toimintamalli syntyy uusien järjestelmien käyttöönottoon asiakaslähtöistä Bikva-arviointia käyttämällä?

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Bikva-malli osana laadullista tutkimusta

Opinnäytetyö on Bikva-mallin mukaisesti tehty laadullinen tutkimus. Laadulliselle eli kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista tiedon kerääminen toiselta ihmiseltä, ja lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Täydellinen objektiivisuus ei laadullisessa tutkimuksessa ole täysin mahdollista sillä tutkija, ja se mitä tiedetään, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. Arvot muokkaavat sitä, miten tutkija pyrkii ymmärtämään ilmiötä. Tulokset ovat ehdollisia, tiettyyn aikaan tai paikkaan sidottuja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156–160.)

Bikva-arviointi menetelmä on tanskalaisen tutkijan Hanne Kathrine Krogstrupin 1990-luvulla sosiaalialalle kehittämä arviointi- ja kehittämismenetelmä. Menetelmän käyttö aloitettiin Suomessa vuonna 2003, jolloin menetelmäoppaasta tehtiin suomenkielinen versio. (Högnabba 2008, 10.)

Bikva menetelmän lähtökohtana ovat asiakkaat ja heidän näkemyksensä ja kokemuksensa palvelujen laadusta. Bikva tulee tanskankielen sanoista ”Brugerinddragelse I KV Alitetsvurdering, eli ”asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana”. Menetelmä perustuu siihen perusolettamukseen, että asiakkaalla on tarvittavaa kokemustietoa. Asiakkailta kysytään mielipidettä avoimilla kysymyksillä, toisin kuin perinteisessä asiakastyytyväisyystutkimuksessa, jossa on valmiiksi määritellyt kysymykset. Tällöin asiakas saa itse määritellä tärkeäksi kokemansa kriteerit ”tyytyväisyydelle”. (Krogstrup 2004, 7–8.)

Krogstrupin mukaan Bikva-arviointi pitää sisällään neljä päävaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa haastatellaan asiakkaita yksilöllisesti tai ryhmissä. Asiakkaita pyydetään yksinkertaisesti kertomaan kokemuksia nimetyn palvelun hyvistä ja huonoista puolista. Saatu materiaali käydään läpi aineistolähtöistä lähestymistapaa käyttäen. Tämän perusteella muodostetaan haastatteluohje seuraavaa vaihetta ja haastattelua varten. Toisessa vaiheessa haastatellaan kenttätöntekijät, ja tavoitteena on, että he pohtivat omia käytäntöjään asiakkaiden palautteiden perusteella. Kolmannessa vaiheessa haastatellaan johtohenkilöt. Tähän haastatteluun tuodaan aineisto sekä asiakkaiden että kenttätönte-

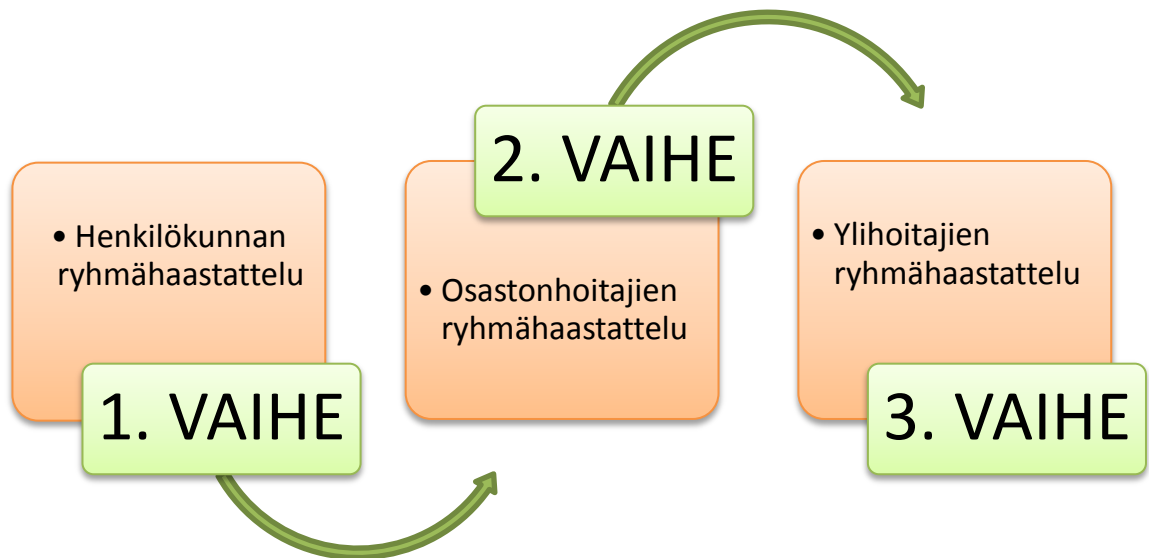
kijöiden haastatteluista, ja tarkoituksena on pohtia muutosta vaativia toimenpiteitä. Neljännessä vaiheessa kootaan saatu tieto, ja viedään se poliittisille päättäjille. Tämän vaiheen ryhmäkeskustelussa mietitään mistä toimijoiden palaute johtuu, ja mitä asialle olisi tehtävissä. (Krogstrup 2004, 15–24.)

Menetelmä on kuitenkin aina sovellus, joka rakentuu toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena. Tämän kehittämismenetelmän avulla on tarkoitus saada aikaan kehittymistä ja toimintamallien muutoksia työyhteisössä tai organisaatiossa. Haastatteli voi saatujen tulosten perusteella antaa kehittämisehdotuksia ja suosituksia, ja näin edistää muutokseen johtavaa kehittämisprosessia. (Yliruka, Koivisto, & Karvinen-Niinikoski 2009, 129–130.)

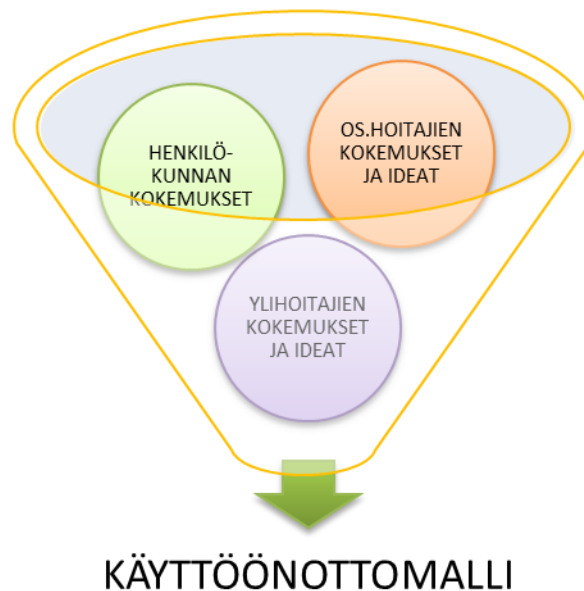
Tässä opinnäytetyössä menetelmää on sovellettu käytännön johtamistyön kehittämiseen niin, että asiakkaana on hoitohenkilökunta, käyttöönottoprosessin johtamisen kohde. Vaiheet toimijoinen ovat seuraavat:

1. Ryhmähaastattelut, joissa haastatteli pyytää avoimilla kysymyksillä hoitohenkilökuntaa kertomaan kokemuksiaan Rafaelan käyttöönotosta. Haastattelun tuloksena saadaan tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista käyttöönottoprosessista.
2. Hoitohenkilökunnan kokemukset esitellään osastonhoitajille. Ryhmähaastattelussa on tarkoituksena pohtia, mihin henkilökunnan antama palaute perustuu. Tavoitteena on, että palaute saattelee osastonhoitajat pohtimaan omaa toimintaansa Rafaelan käyttöönotossa.
3. Hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien ryhmähaastatteluista saadut aineistot esitellään ylihoitajille, organisaation johdolle. Tämä esittely toimii alustuksena ylihoitajien ryhmähaastattelussa.
4. Edellisten ryhmien haastattelujen perusteella saatu palaute viedään politiikoille.

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty kolmeen ensimmäiseen vaiheeseen, koska tavoitteiden kannalta ei neljäs vaihe, eli palautteen vieminen politiikoille ole tarpeellinen käyttöönottomallin aikaan saamiseksi. (kuviot 2 ja 3).



KUVIO 2. Aineistonkeruu bikva-mallin mukaisesti.



KUVIO 3. Käyttöönottomallin syntyminen

Bikva on väline, joka antaa asiakkaille mahdollisuuden antaa palautetta työkäytännöistä. Stina Högnabban tutkimuksessa (2008) bikvan vaikutuksista selviää, että asiakkaat ovat usein tyytyväisiä saadessaan mahdollisuuden suullisen palautteen antamiseen. Asiakkaille syntyy samalla myös kokemus siitä, että asioita viedään oikeasti eteenpäin. Bikva aiheuttaa kuitenkin myös hämmennystä, ja joskus myös suuttumusta ja ahdistusta, kun

kuunnellaan asiakkaiden mielipiteitä ja palautetta. Tästä syystä ei ole selvää, että menetelmä johtaa aina toivottuihin uudistuksiin. (Högnabba 2008, 43–45.)

5.2 Ryhmähaastattelu tiedonkeruu menetelmänä

Haastattelu eroaa tavanomaisesta keskustelusta olemalla aina ennalta suunniteltu vuorovaikutustilanne, joka tähtää tiedon keräämiseen (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42–43). Haastattelu on joustava tiedonkeruu menetelmä, jossa mahdolliset väärinkäsitykset voidaan oikaista, ja tarvittaessa kysymykset voidaan toistaa ja uudelleen muotoilla. Tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta, jolloin on oleellista, että haastateltavilla on edes jonkinlainen ennakkotieto aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 73.)

Ryhmähaastattelua voidaan pitää tehokkaana tiedonkeruumenetelmänä, koska siinä saadaan tietoa useammalta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelun hyvänä puolena on, että ryhmä voi auttaa muistinvaraisissa asioissa tai väärinymmärrysten korjaamisessa. Toisaalta ryhmä voi estää joidenkin ryhmän jäsenten kannalta kielteisen asian esiin tulon. Ryhmässä puhuminen voi jollekin olla helpompaa kuin kahden kesken haastattelijan kanssa ollessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 205–206.)

Ryhmähaastattelussa haastattelijan tehtävänä on keskustelun aikaan saaminen ja huolehtia siitä, että keskustelu pysyy tietyissä teemoissa. Teemahaastattelun lähtökohtana ovat hyvin avoimet kysymykset. Haastattelu on niin sanotusti puolistrukturoitu, eli haastattelu kohdennetaan valittuihin teemoihin, joista keskustellaan ja esitetään tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.)

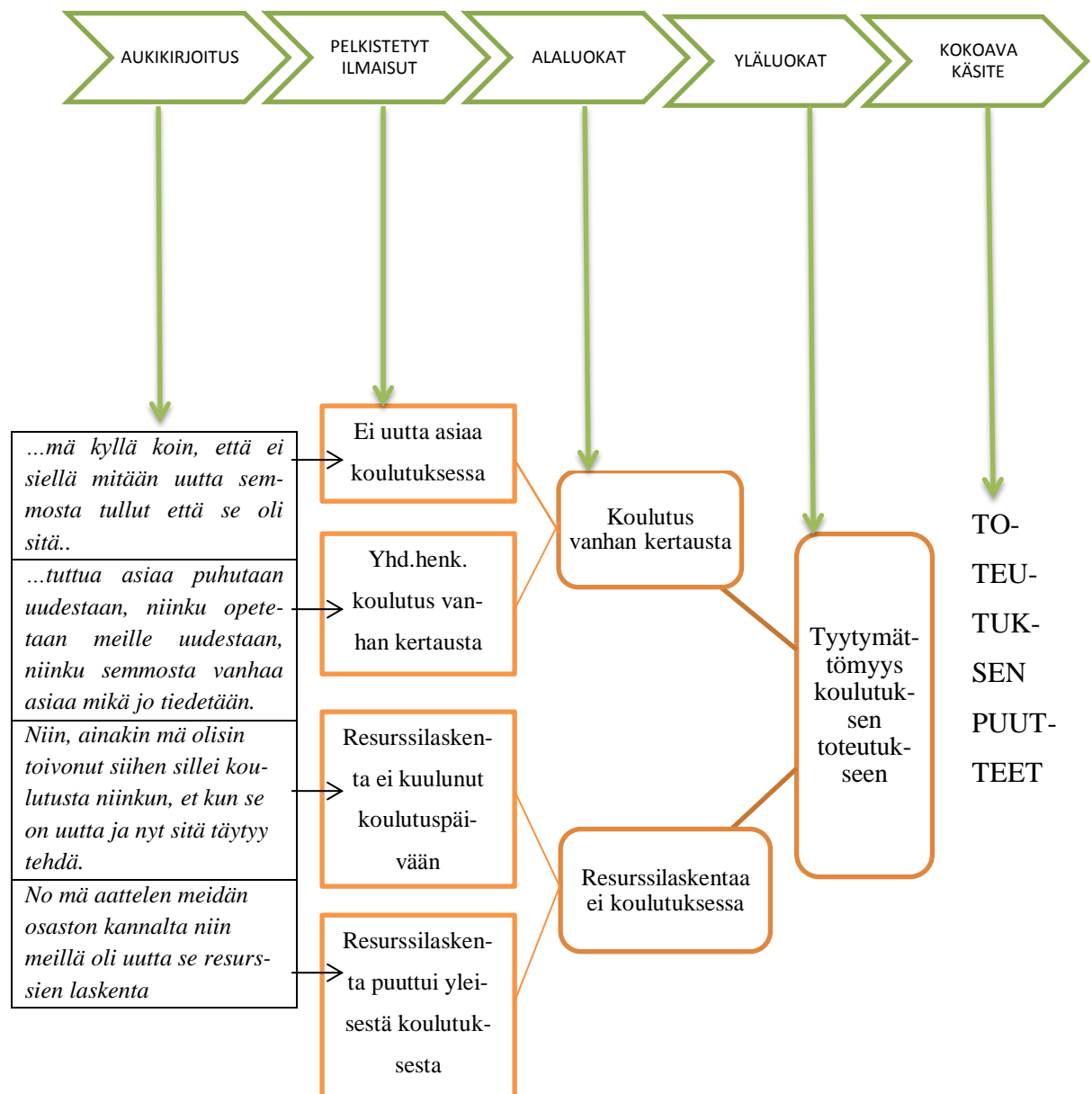
Bikva-mallissa käytetään pääasiassa ryhmähaastattelua tiedonkeruumenetelmänä. Mallin etuihin kuuluu, että se innostaa haastateltavat vivahteikkaampaan keskusteluun kuin yksilöhaastatteluissa. Haastateltavat ottavat herkemmin kantaa toistensa perusteluihin, sen sijaan, että mieltisivät mitä haastattelija haluaa kuulla. (Krogstrup 2004, 11.) Ryhmähaastattelun etuihin kuuluu myös nopea tiedon kerääminen usealta vastaajalta, mutta toisaalta ryhmadynamiikalla on merkitystä siihen, kuka ryhmässä puhuu ja mitä puhutaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63).

5.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on paljon käytetty analyysimuoto, jonka tekemiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Sen tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiseen muotoon, kuitenkin niin, ettei olennainen informaatio katoa, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4, 7.)

Aineiston analyysi alkaa siitä kun haastattelut ovat auki kirjoitettuna tutkijan edessä. Haastattelukysymykset eivät ole sama asia kuin tutkimuskysymykset, eivätkä haastattelut annakaan suoria tuloksia. Jotta tutkimuksesta saataisiin lopulta vastaukset juuri haluttuihin kysymyksiin, joutuu tutkija käymään aineistoaan läpi useita eri kertoja ja erilaisista näkökulmista. Aineiston käsittelyä ohjaavat tutkimuskysymykset, tutkijan lukemisen tapa ja tulkinta. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 9–15.)

Tässä laadullisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen ote on induktiivinen, eli yksittäisistä havainnoista päädytään yleisiin merkityksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 260). Auki kirjoitetusta aineistosta tutkija lähtee etsimään pelkistettyjä ilmauksia ja listaa niitä. Tutkija etsii listoista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, ja muodostaa alaluokkia näistä pelkistetyistä ilmauksista. Alaluokkia yhdistelemällä saadaan yläluokkia, ja yläluokkien muodostamista seuraa kokoavan käsitteen muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–117.) Luokittelu on aineiston järjestelmällistä läpikäyntiä tutkimuskysymysten ja keskeisten käsitteiden määrittelemällä tavalla (Ruusuvuori ym. 2010, 18). Kuviossa 4 on esimerkki analyysin tekemisestä. Liitteessä 3 on analyysikuviot hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelujen aineistoista.



KUVIO 4. Esimerkki analyysin kulusta

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Hoitohenkilökunnan haastattelut

Haastateltavien rekrytointi tapahtui osastonhoitajien kokouksessa, jossa kerroin osastonhoitajille lyhyesti opinnäytetyöstäni. Esitin osastonhoitajille toiveen haastateltavien määrästä ja kerroin päivät, joina ryhmähaastattelut olisivat. Osastonhoitajat ehdottivat haastateltavia työvuorolistojen pohjalta. Jokaiselle haastateltavalle lähetettiin sähköpostitse kutsukirje (liite 1.), jossa kerrottiin lyhyesti opinnäytetyön aihe ja osallistumisen olevan vapaaehtoista.

Hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelut toteutettiin kesäkuussa 2012 Pitkänien sairaalassa. Kaikki haastateltavat olivat joko mielenterveyshoitajia tai sairaanhoitajia. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta. Ryhmähaastatteluja oli kolme, joista ensimmäisessä oli viisi osallistujaa. Näistä viidestä ei kukaan ollut Rafaela-yhdyshenkilö, eikä kukaan heistä ollut osallistunut koulutusiltapäivään. Toisessa ryhmässä oli neljä haastateltavaa, joista kolme oli yhdyshenkilöä ja neljäskin osallistuja oli käynyt iltapäiväkoulutuksen. Kolmanteen ryhmähaastatteluun saapui kolme osallistujaa, joista kaksi oli yhdyshenkilöä.

Ryhmähaastattelu eteni ennalta suunniteltujen teemojen mukaisesti (Liite 2.). Haastatteluihin oli varattu aikaa 1,5 tuntia. Lyhin haastatteluista kesti 35 minuuttia ja pisin vähän yli tunnin. Haastattelut pidettiin Pitkänien sairaalaan neuvotteluhuoneessa. Haastattelijana toimin itse, ja huolehdin itse myös haastatteluiden nauhoittamisesta.

Kaikki haastatteluaineisto litteroitiin ja materiaalia syntyi yhteensä 40 sivua (riviväli 1,5). Litteroitu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

6.2 Osastonhoitajien ja ylihoitajien haastattelut

Osastonhoitajien ryhmähaastattelu toteutui lokakuussa 2012. Haastatteluun osallistui viisi osastonhoitajaa psykiatrian toimialueelta. Osastonhoitajat valikoituivat haastatteluun sen perusteella kenelle kyseinen ajankohta sopi. Haastateltavat antoivat kirjallisen

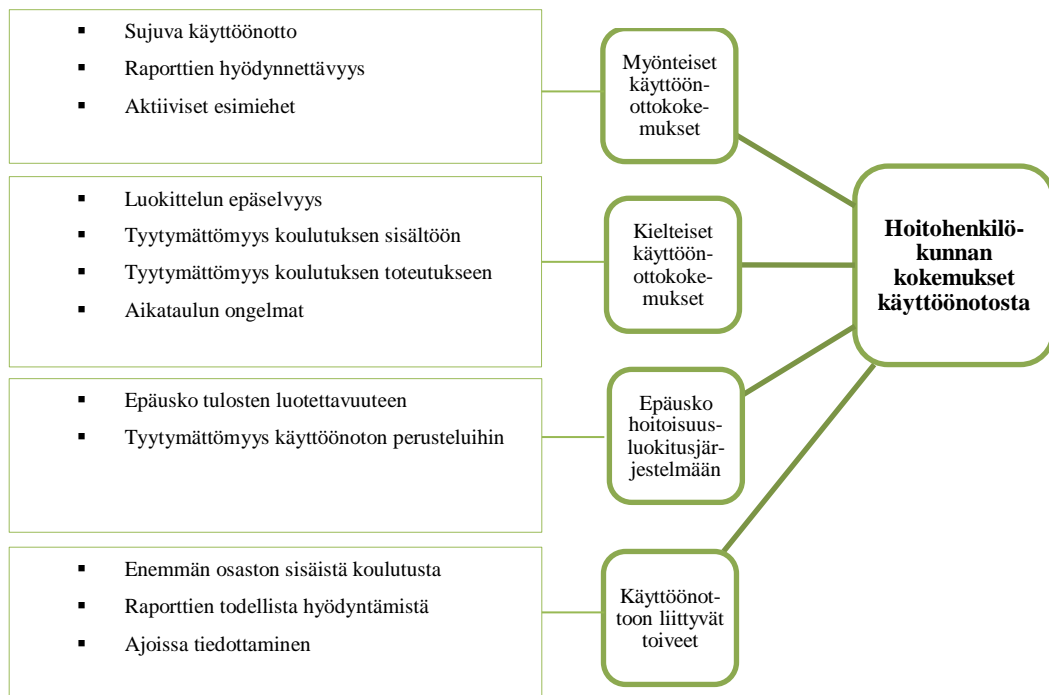
suostumuksen haastatteluun. Haastattelu tapahtui kuten hoitohenkilökunnalla. Haastattelun teemat muodostuivat hoitohenkilökunnan kokemuksista, ja keskustelua käynnistettiin kertomalla analyysin tuloksia. Osastonhoitajilta pyydettiin kehittämis ehdotuksia viitaten hoitohenkilökunnan kokemuksiin. Haastatteluun oli varattu aikaa 1,5 tuntia. Varattu aika käytettiin kokonaan ja se loppui jopa hieman kesken. Litteroinnin jälkeen aineistoa oli yhteensä 35 sivua (riviväli 1,5). Aineiston analyysissä käytettiin hoitohenkilökunnan aineistosta nousseita teemoja.

Ylihoitajien ryhmähaastattelu pidettiin maaliskuussa 2013. Ryhmähaastatteluun osallistui kolme ylihoitajaa. Haastattelijana toimin itse ja haastattelupaikkana oli yhden ylihoitajan työhuone Pitkänien sairaalassa. Haastattelun tallentamiseen käytin nauhuria. Haastattelu kesti vähän yli tunnin. Haastattelun lähtökohtana oli tuoda ylihoitajille tiedoksi tiivistetysti hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien kokemukset käyttöönotosta. Ylihoitajat kertoivat heidän näkemyksensä asiasta ja heiltä myös pyydettiin kehittämisideoita. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 23 sivua (riviväli 1,5). Aineisto analysoitiin aikaisempien aineistojen teemoja apuna käyttäen.

7 TULOKSET

7.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta

Aineistosta erottui neljä teema: myönteiset käyttöönotkokokemukset, kielteiset käyttöönotkokokemukset, epäusko hoitoisuusluokitusjärjestelmään ja käyttöönottoon liittyvät toiveet (Kuvio 5.). Näistä teemoista kolmea viimeisintä käytettiin pohjana esiteltäessä hoitohenkilökunnan kokemuksia eteenpäin osastonhoitajille.



KUVIO 5. Hoitohenkilökunnan kokemukset käyttöönotosta

7.1.1 Myönteiset käyttöönotkokemukset

Yksi hoitohenkilökunnan myönteisistä käyttöönotkokemuksista oli, että käyttöönotto oli sujuva. Hoitohenkilökunnan mukaan luokittelussa ei ollut suurempia ongelmia, ja järjestelmän käyttö ei vienyt kohtuuttomasti työaikaa, mutta tässä oli eroavaisuuksia. Osa koki resurssilaskennan yksinkertaisena ja vaivattomana. Myönteisenä pidettiin sitä, että hoitoisuusluokitusten tekeminen on nyt jakaantunut kaikille.

Ei, mun mielestä se on ihan tavallaan yksinkertainen. Eikä vie kauheesti aikaa, kun sen on sisäistänyt.

Hoitohenkilökunnan mukaan myönteistä asennetta käyttöönotossa edesauttoi jo pelkäämistään tietoa siitä, että järjestelmästä saatavien raporttien hyödyntäminen on mahdollista. Tällä tarkoitettiin esimerkiksi sitä, että raportteja olisi mahdollista hyödyntää osastolla työvuorosuunnittelussa. Se, että järjestelmä tuottaa tiedon potilaan hoitoisuudesta (pisteet) suoraan hoitokertomukseen kaikkien nähtäviksi, pidettiin hyvänä asiana.

Myönteiseen käyttöönottokokemukseen vaikutti esimiesten aktiivinen osallistuminen. Se, että osastonhoitajat yhdysheikilöiden lisäksi osallistuivat koulutuksiin, ja omalta osaltaan tukivat osastolla järjestelmän käyttöönotossa, oli hoitohenkilökunnalle tärkeää. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että ylihoitaja oli ollut koulutustilaisuuksissa paikalla.

Nyt ainakin ylihoitaja on näissä jatkokoulutuksissa ollut paikalla jokaisessa, ettiä sitten. Uskotaan, että ne vaikuttaa.

7.1.2 Kielteiset käyttöönottokokemukset

Hoitohenkilökunnan mukaan luokittelujen tekeminen oli kuitenkin edelleen epäselvä asia, vaikka myönteisissä kokemuksissa sen ei esimerkiksi todettu vievän liikaa aikaa. Hoitohenkilökunnan mukaan luokittelu ei ole mahdollista niin, että se antaisi realistisen kuvan tehdystä työmäärästä. Hoitajat kokivat, että selkeä ohjeistus luokitteluun liittyen puuttuu. Yhtenä epäselvänä asiana pidettiin korkeiden arvojen käyttämistä luokittelussa.

Niin ja sitten taas jo ajattelee jotain henkilökunnan määrää, et onks se oikee verrattuna sitten siihen mitä tehdään niin, niin tota kuitenkin hoitajat tekee niin paljon enemmänki ku mitä on pelkkä potilastyö.

Käyttöönoton toteutuksen ongelmiin kuului myös hoitohenkilökunnan tyytymättömyys koulutuksen sisältöön. Kaikille tarkoitettuun iltapäiväkoulutukseen osallistuneiden mukaan koulutus oli vanhan kertausta, ja pettyneitä oltiin siihen, että varsinaista uutta asiaa, kuten resurssilaskentaa, ei käsitelty lainkaan. Koettiin, että iltapäiväkoulutuksen

sisältö ei ollut riittävä. Myös yhdyshenkilöille tarkoitettu pidemmän koulutuksen koettiin sisältävän liikaa vanhojen asioiden kertaamista.

Varmaan vähän kun meillä on ollut käytössä luokitukset kuitenkin, niin se oli paljon semmosta kertaustakin.

Hoitohenkilökunnassa ilmeni tyytymättömyyttä myös koulutuksen toteutukseen. Hoitajat toivat esiin, ettei kaikilla ollut mahdollisuutta osallistua kaikille tarkoitettuun iltapäiväkoulutukseen, eivätkä kaikki haastateltavat olleet osallistuneet mihinkään koulutukseen. Yleisesti ottaen todettiin, että koulutuksiin osallistuminen oli vähäistä. Osa yhdyshenkilöstä koki, että koulutuksiin osallistuminen oli pois potilastyöltä, koska tämä koulutus oli laajempi ja pidempi. Tyytymättömyyttä esiintyi paljon siihen, ettei koulutuksia oltu huomioitu osastolla resursoinneissa ja koettiin, että osastolla työt kasaantuvat.

Se oli tiivis tahti ja välillä oli semmosia päiviä, että tuntui että taasko sinne pitää mennä, ku oli hirveesti töitä rästissä, et sillain niinku se vei niin ison osan tosta arjesta.

En mä sitä tarpeellisuutta vähättele mutta se, että ois ollut hyvä, et se ois huomioitu ehkä siinä osaston toiminnassa, et siihen ois hankittu sitten, ehkä ois suunniteltu lisäresursseja sille päivälle sitten jos mahdollista, mutta ei se käytännössä ollut koskaan mahdollista.

Kielteiset kokemukset koskivat myös aikataulullisia asioita. Käyttöönoton aikataulu koettiin epäselväksi ja aikataulua pidettiin liian tiukkana. Myös se, että käyttöönotto tapahtui viikonloppuna, koettiin kielteisenä asiana käyttöönoton sujumisen kannalta, koska silloin mahdollisuudet tuen saamiseen olivat pienemmät.

7.1.3 Epäusko hoitoisuusluokitusjärjestelmään

Hoitohenkilökunta toi aktiivisesti esiin tyytymättömyyttään järjestelmää kohtaan, vaikka kysymykset eivät suoranaisesti koskeneet itse järjestelmää. Hoitohenkilökunta toi esiin epäuskon tulosten luotettavuuteen, koska heidän mukaan hoitotyön mittaaminen

millään mittarilla on vaikeaa. Kyseinen mittari koettiin huonona hoitajan työmäärää mitattaessa. Luokittelun todettiin olevan hyvin subjektiivista. Tulosten luotettavuuteen todettiin vaikuttavan myös unohtaminen. Hoitohenkilökunta kertoi, että esimerkiksi resurssivähennyksien merkitseminen unohtuu helposti. Hoitohenkilökunnan mukaan se, että luokittelusta on tullut rutiinin omaista vaikuttaa negatiivisesti tuloksiin. Tulosten mukaan koulutuksesta huolimatta luokitellaan samalla tavalla kuin aikaisemmin. Vastuksesta huolimatta suurin osa hoitajista kuitenkin tekee luokitukset. Järjestelmän käyttöä ja hoitoisuusluokitusten tekemistä pidettiin myös pakollisena tehtävänä. Luokittelun tekemiseen ei panosteta, koska koettiin, että toistaiseksi ei ole väliä kuinka luokitellaan.

*Niin mun mielestä siinä on vähän jokaisella hoitajalla se oma näkemys... .
Vaikka kuinka koulutetaan, niin kyllä kaikki näkee homman vähän erilailla
että.*

*Mäkin meen sillä vanhalla pohjalla aika pitkään, kun mä oon niin kauan
tehnyt. Siinä on itellä jotenkin kauheen vahva se mielipide jo siitä miten
sen tekee. Mutta onko se ihan oikein, se on sitten toinen juttu...*

*Siinä on se idea, että jos sen tietää miks sitä tekee, niin sen ehkä tekis sil-
loin niin, ettei sinne ehkä laittaiskaan niinku jotain rimpua vaan nopeesti.*

Järjestelmään liittyvään tyytymättömyyteen kuului hoitohenkilökunnan tyytymättömyys käyttöönoton perusteluihin. Hoitohenkilökunta toi esiin, ettei aikaisemmin tehtyä luokittelua oltu koskaan hyödynnetty, tai sitten kokemus hyödyntämisestä oli ollut negatiivinen. Tulosten mukaan luokittelusta oli aikaisemmin saatu negatiivista palautetta johdolta. Hoitohenkilökunnan mukaan käyttöönoton perusteluihin liittyvään tyytymättömyyteen vaikutti se, ettei aikaisemmin muutoksia ja päätöksiä oltu perusteltu. Hoitohenkilökunnan keskuudessa vallitsi epätietoisuus tämän hetkisestä järjestelmän hyödyntämisestä. Esiin tuotiin myös uskottavuuden puute, joka sekin liitettiin luokittelun historiaan. Hoitajat eivät uskoneet, että Rafaelalla tulee olemaan merkitystä päätöksiä tehtäessä. Hoitohenkilökunta piti rahaa ainoana ratkaisevana tekijänä. Järjestelmää pidettiin jopa aseena, jolla saadaan tiukennettua linjoja.

Niin, kauanko tätä on tehty hoitosuusluokitusta, melkein kaksikymmentä vuotta, enkä mä tiedä siitä vielä yhtäkään asiaa mitä, missä sitä olis niinku oikeesti käytetty ainakaan henkilöstön...

...että turhaa, kun ei sitä tuota tule sitä palautetta siitä, että miksi sitä tehdään. Että senkin ajan vois sitten tehdä potilastyötä.

Sit kun itte on varsin epäileväinen niinku tän asian suhteen niin enhän mä uskonut niinkun niistä yhtäkään perustelua. Mun mielestä ne ei oo uskottavia ollenkaan. Ne on samat mitä on ollut vuosikausia ja tota.

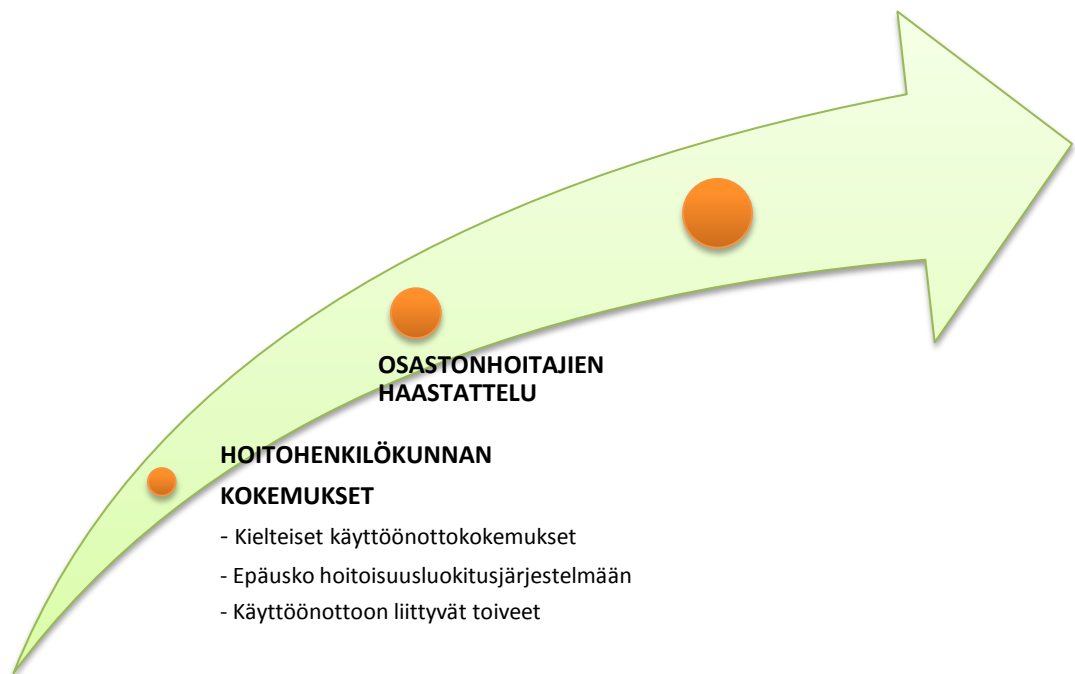
7.1.4 Käyttöönottoon liittyvät toiveet

Hoitajien toiveet käyttöönotosta liittyivät esimiestyöhön. Hoitohenkilökunta toivoi enemmän osaston sisällä tapahtuvaa koulutusta. He toivoivat saavansa enemmän ohjasta luokitteluun. Tärkeänä pidettiin osastotunteja aiheesta, sekä yhteisluokittelua, kuten potilaan luokittelemista raportin yhteydessä.

Ihmiset istuu siihen penkkiin, ja sit alkaa haukottelu, ja se kuuntelu on sit just sitä ja tätä ja tota, että jos ei halua oppia tai malta kuunnella niin sehän on ihan tyhjää, vaikka niitä olis kymmenen koulutusta... Et ehkä sit siellä osaston sisällä miettiä niitä enemmän.

Toiveisiin kuului ajatus järjestelmän tuottamien raporttien todellisesta hyödyntämisestä. Toivottiin, että osaston suuriin kuormituksiin reagoitaisiin, esimiehet seuraisivat raportteja aktiivisesti ja reagoisivat niihin. Hoitajien mukaan olisi hyödyllistä käydä raportteja läpi työryhmässä. Tärkeänä pidettiin myös käyttöönottoon liittyvien asioiden tiedottamista hyvissä ajoin.

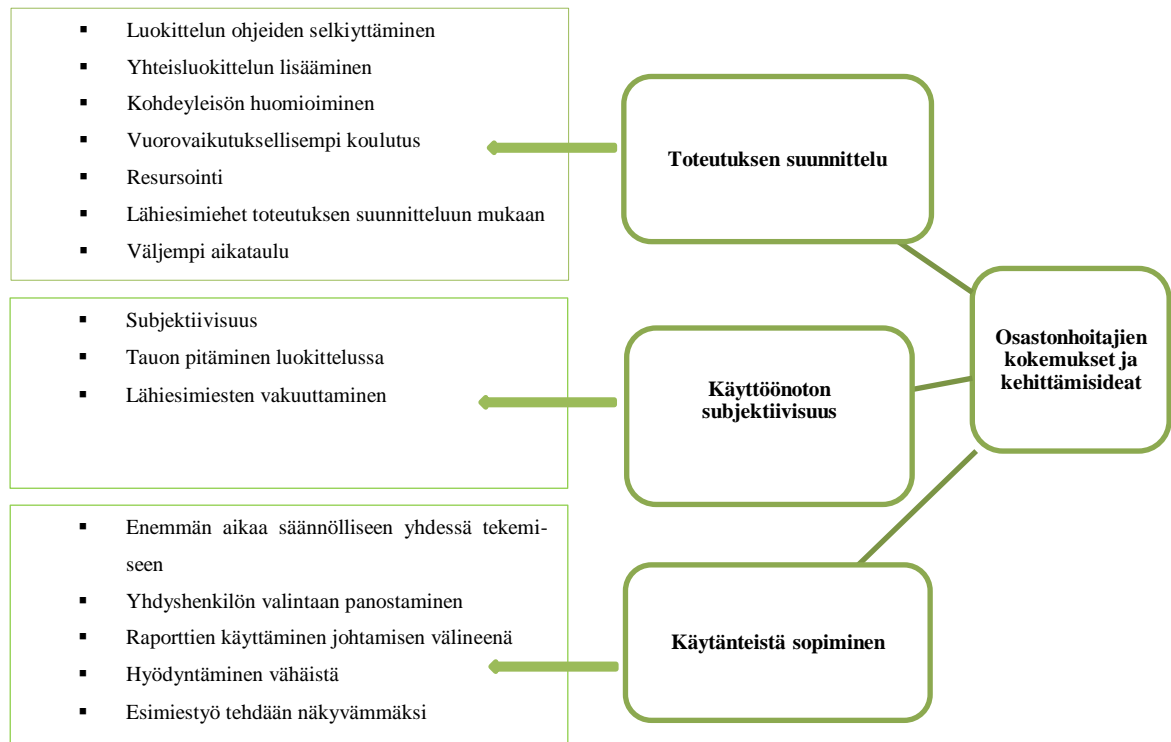
...ja se, että tulis niitä konkreettisia jotain niinku kommentteja näistä seurannoista sitten meille myöskin tietoon tuolta ylempää. Että on kuultu ja nähty ja mietitään tai jotain tämmösti.



KUVIO 6. Hoitohenkilökunnan kokemukset käyttöönotosta viedään osastonhoitajille

7.2 Osastonhoitajien kokemukset ja kehittämis ehdotukset

Osastonhoitajien ryhmähaastatteluun viedyt teemat olivat: kielteiset käyttöönottokokemukset, epäusko hoitoisuusluokitusjärjestelmään ja käyttöönottoon liittyvät toiveet (kuvio 6). Kuviossa 7 näkyy osastonhoitajien ryhmähaastattelussa muodostuneet teemat ja kehittämis ehdotukset.



KUVIO 7. Osastonhoitajien kokemukset ja kehittämisideat

7.2.1 Toteutuksen suunnittelu

Osastonhoitajat vastasivat kielteisiin käyttöönottokokemuksiin kuuluvaan palautteeseen luokittelun epäselvyydestä toteamalla, että luokittelun ohjeistukset kaipaavat selkiyttämistä. Osastonhoitajien mukaan ohjeistukset ovat epäselviä ja jopa ristiriitaisia, mutta kysymys on myös siitä, ettei uusien työntekijöiden perehdytyksessä ole riittävästi huomioitu luokittelua. Luokittelun epäselvyyteen koettiin pystyvän vaikuttavan ohjeiden selkiyttämällä ja yhteisluokittelun lisäämisellä.

...että tosta niitä perustasoja luetaan, mutta sitten taas toisaalta sitä Rafaelan, niitä omia missä niin kun lukee mitä potilas tarvitsee. Niin edelleenkin siinä on epäselvyyttä, kun siinä on se, että mitä potilas on saanut ja mitä potilas tarvitsee. Et siinä on ristiriita...

Hoitohenkilökunnan tyytymättömyyteen koulutuksen sisällöstä vastattiin, että kohdeyleisö olisi pitänyt huomioida paremmin. Osastonhoitajien mukaan koulutuksissa ei keskitytty keskeisiin muutoksiin, ja esimerkiksi resurssilaskentaa koskeviin kysymyksiin ei saatu vastauksia. Koulutuksessa ei otettu huomioon, että suurin osa osallistujista oli tehnyt hoitoisuusluokituksia jo useita vuosia. Osastonhoitajien mukaan kouluttajalla olisi pitänyt olla enemmän psykiatrisen hoitotyön tuntemusta. Osastonhoitajat nostivat koulutukseen epäkohdaksi myös vuorovaikutuksen puuttumisen koulutuspäivistä. Koettiin, että esitettyihin kysymyksiin ei saatu vastauksia.

Se jäi niin ku vaivaamaan, ja siitä käytiin keskustelua koska, koska se tavallaan jätti niin ku mun mielestä osastonhoitajat ja ne hoitosuusluokitusyhdyshenkilöt aivan liian yksin tämän käyttöönoton niin ku suhteen, niitten uusien asioiden niin ku viemisessä.

Että kun ei edes itsellä ollut mahdollisuus niin ku kysyä, käydä sitä keskustelua, mitä tää nyt tarkoittaa, tai niin ku sä sanoit, ku esitti kysymyksen niin jäi vastaamatta.

Hoitohenkilökunnan tyytymättömyyteen koulutuksen toteutuksesta olisi osastonhoitajien mukaan voinut vaikuttaa paremmalla resursoinnilla. Osastonhoitajat toivat esiin, että resurssien riittämättömyydestä johtuen ei ollut mahdollista, että kaikki olisivat päässeet osallistumaan koulutuksiin. Osastonhoitajat toivat esiin toiveen lähiesimiesten mukaan ottamisesta toteutuksen suunnitteluun. Heidän mukaansa toteutus ei ollut käyttäjälähtöinen, koska he eivät päässeet osallistumaan suunnitteluprosessiin, eikä suunnittelussa hyödynnetty muutakaan psykiatrian toimialueella olevaa asiantuntemusta. Osastonhoitajien mukaan käyttöönoton ja koulutuksen aikataulut tulivat annettuina, eikä heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa niihin. Hoitohenkilökunnan tyytymättömyyteen toteutuksesta olisi osastonhoitajien mukaan voinut vaikuttaa myös väljemmällä aikataululla. Osastonhoitajat kokivat sekä koulutuksen että käyttöönoton aikataulun liian tiukaksi. Osastonhoitajien mukaan, liian nopean käyttöönoton vuoksi perustehtävä kärsi. He kokivat, että kiire näkyi myös koulutuksissa ja koulutuspäivät olivat raskaita. Väljemmän aikataulun lisäksi, osastonhoitajien mukaan järjestelmää olisi voinut pilotoida muutamalla osastolla.

Ja mun mielestä tässä jäi käyttämättä nyt tavallaan se asiantuntemus, mitä hoitoisuusluokitusyhdyshenkilöillä ja osastonhoitajilla olis ollut tähän käyttöönottoprosessiin ja sen suunnitteluun.

...mua ainakin niin ku ärsytti ihan hirveesti, että tämmönen satsaus ja näin epätarkoituksen mukaisesti järjestetty koko koulutus että monta ihmistä istuu siellä...

7.2.2 Käyttöönoton subjektiivisuus

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän tulosten luotettavuudesta keskusteltaessa osastonhoitajat totesivat hoitohenkilökunnan epäilyn liittyvän luokittelun subjektiivisuuteen. Tuotiin esiin, että luokittelun perusteet eroavat ihmisten mielissä. Yhdeksi syyksi mainittiin myös motivaation puute. Osastonhoitajien mukaan vastustusta oli siitä syystä, ettei tehtyjä hoitoisuusluokituksia ole hyödynnetty aikaisemmin. Todettiin myös, että luokitte-
lua tehdään edelleen vanhalla rutiinilla koulutuksesta huolimatta. Osastonhoitajien mukaan henkilökunnan turhaumaan on vaikea vaikuttaa. Osastonhoitajat pohtivat, olisiko pidemmästä tauosta luokittelujen tekemisessä ollut hyötyä ennen uuteen järjestelmään ja luokitteluun siirtymistä.

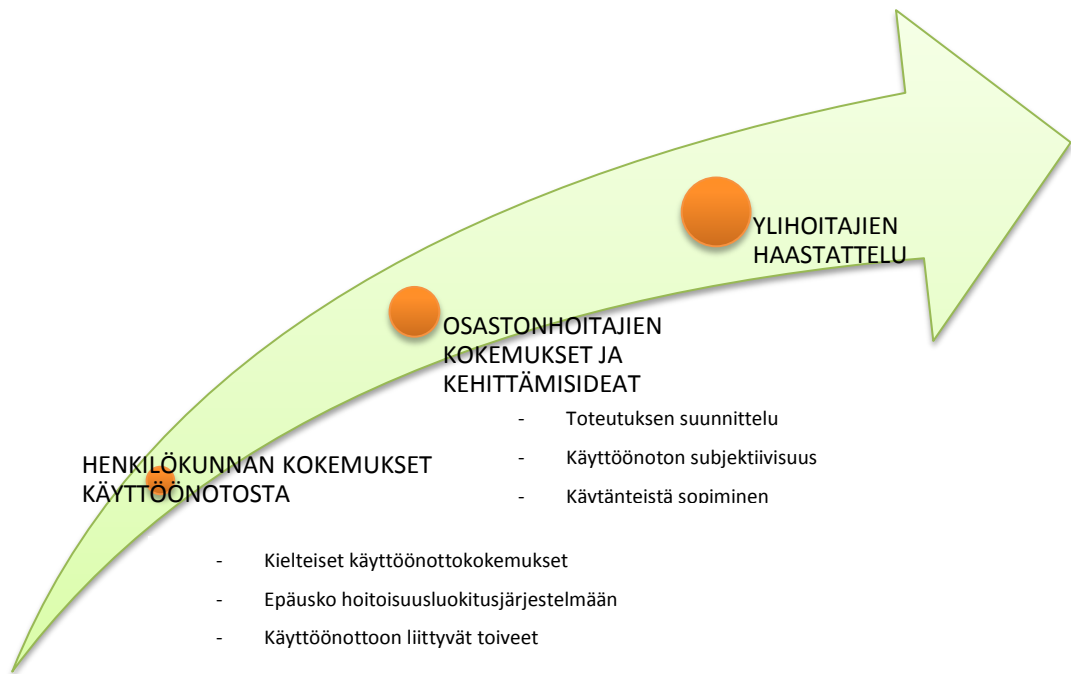
...että tätä on tehty niin kauan ja tosiaan sitten kun käy niitä perustasoja läpi ja luokittelun perusteita niin, ne eroaa kuitenkin ihmisten ajatuksissa, että tää subjektiivisuus ja miten asian ymmärtää ja näkee.

Hoitohenkilökunnan tyytymättömyyteen käyttöönoton perusteluista osastonhoitajat vastasivat, että olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota lähiesimiesten vakuuttamiseen järjestelmän hyödyistä. Osastonhoitajat toivoivat, että käyttöönottoa olisi perusteltu heille paremmin, jotta heillä olisi ollut riittävät argumentit vakuuttaa työryhmänsä käyttöönotosta. Osastonhoitajien saama tieto käyttöönottoprosessista, ei ollut aina paikkaansa pitävää. Osastonhoitajat kokivat, että tämän paikkaansa pitämättömän tiedon vieminen eteenpäin ei auttanut työryhmän vakuuttamisessa, ja vaikutti negatiivisesti koko hoitohenkilökunnan asenteisiin käyttöönottoon liittyen.

7.2.3 Käytänteistä sopiminen

Osastonhoitajat vastasivat hoitohenkilökunnan toiveeseen osaston sisäisen koulutuksen lisäämisestä toteamalla, että aikaa tulisi olla enemmän säännölliseen yhdessä tekemiseen. Osastonhoitajat toivat esiin, että ajanpuute on ollut esteenä. Säännölliseen yhteisluokittelujen tekemiseen ei ole ollut mahdollisuutta. Osastonhoitajat pitivät tärkeänä yhdyshenkilön valintaa. Yhdyshenkilön pitää olla työryhmänsä käytettävissä, ja yhdyshenkilön valinnassa on tärkeää kiinnittää huomiota yhdyshenkilön omaan motivaatioon.

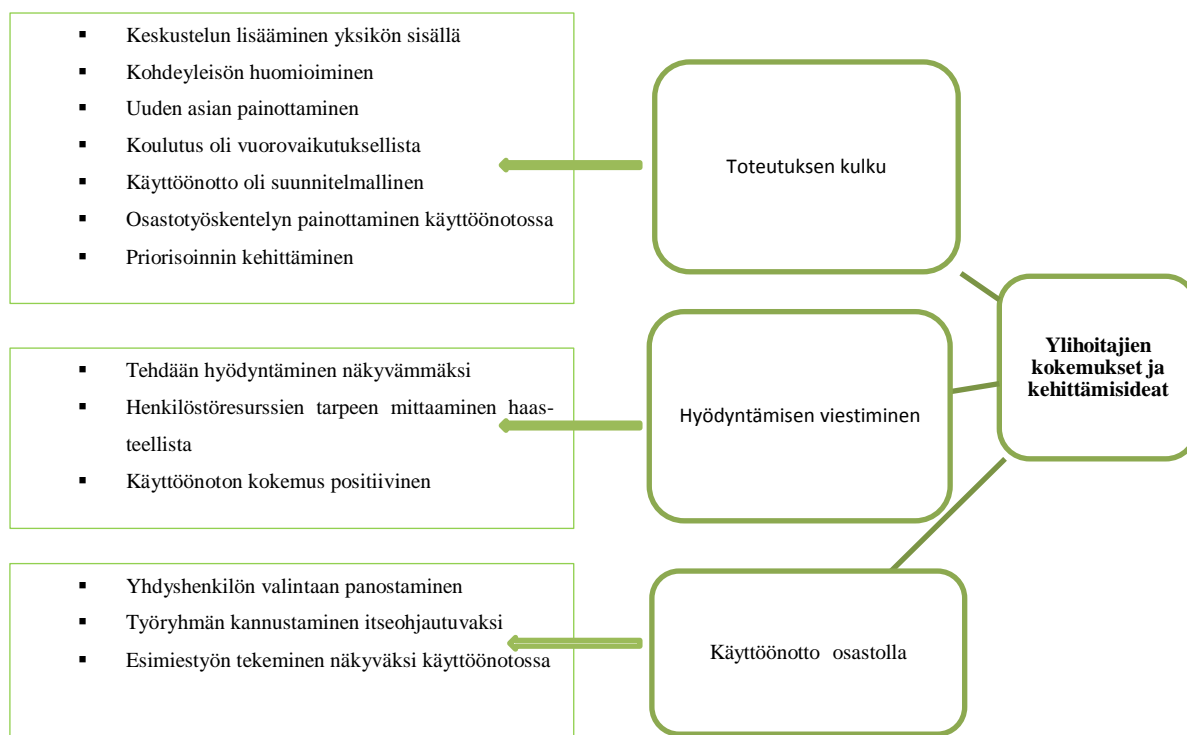
Hoitohenkilökunnan esittämään toiveeseen raporttien todellisesta hyödyntämisestä osastonhoitajat vastasivat, että parhaimmillaan raportteja käytetään johtamisen välineenä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän raportteja voidaan jo hyödyntää resurssien kohdentamisessa, kuten henkilökunnan liikuttamisessa osastojen välillä ja viikonloppujen miehityksiä mietittäessä. Raportteja voidaan käyttää myös päätöksen teon tukena. Osastonhoitajat totesivat kuitenkin, että hyödyntäminen on tällä hetkellä vähäistä, koska hyödyntämisen mahdollisuudet ovat pienet osastotasolla. Osastonhoitajat kokivat, että hyödyntäminen on vaikeaa, kun resursseja ei kuitenkaan osoiteta lisää. Erityisen tärkeänä osastonhoitajat pitivät esimiestyön tekemistä näkyvämmäksi niin, että esimiesten kiinnostus raportteja ja hoitoisuusluokitusjärjestelmää kohtaan tuodaan hoitohenkilökunnan tietoon. Hoitohenkilökunnalle tulisi esimerkiksi kertoa, että raportteja on käyty läpi osastonhoitajien kokouksissa. Raporttien tulisi olla julkisia, ja esimiesten tulisi käydä niitä läpi henkilökunnan kanssa.



KUVIO 8. Hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien kokemukset viedään ylihoitajille

7.3 Ylihoitajien kokemukset ja kehittämis ehdotukset

Ylihoitajien ryhmähaastatteluun vietiin sekä hoitohenkilökunnan että osastonhoitajien ryhmähaastatteluista muodostuneet pääteemat (kuvio 8).



KUVIO 9. Ylihoitajien kokemukset ja kehittämisideat

7.3.1 Toteutuksen kulku

Ylihoitajat pohtivat ensimmäisenä henkilökunnan kielteisistä käyttöönottokokemuksista luokittelun epäselvyyttä. Ylihoitajien mukaan selkeyttä luokitteluun saataisiin lisäämällä keskustelua luokittelusta osaston sisällä. Ylihoitajien näkemysten mukaan luokittelu vaatii hoitajalta erityistä paneutumista. Luokittelun ohjeistaminen ulkoa käsin on hankalaa, koska kysymys on hoitajan arviosta omasta työstään. Ylihoitajat totesivat, että toisaalta luokittelu vaatii myös yksikön (osaston) sisäistä pohdintaa, ja osastojen perustasojen tuleekin olla jatkuvassa tarkastelussa.

Koulutukseen sisältöön liittyvään tyytymättömyyteen ylihoitajat vastasivat kertomalla eriävän näkemyksensä. He olivat sitä mieltä, että kohdeyleisö oli huomioitu. Tämä näkyi esimerkiksi niin, että kouluttajalla oli vahva tuntemus psykiatrisesta hoitotyöstä. Ylihoitajat kertoivat, että koulutuksiin osallistui myös hoitajia, joille hoitoisuusluokitusjärjestelmä ei ollut entuudestaan tuttu, ja heidät oli huomioitu perusasioiden läpikäymisellä. Toisaalta ylihoitajat olivat yhtä mieltä hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien

kanssa siitä, että varsinaista uutta asiaa olisi voinut painottaa enemmän. Ylihoitajien mukaan koulutuksessa oli mahdollisuus keskusteluun ja kysymysten esittämiseen, toisin kuin osastonhoitajat kertoivat.

Tyytymättömyydestä koulutuksen toteutukseen ylihoitajat vastasivat kertomalla käyttöönoton olleen suunnitelmallinen. Ylihoitajat eivät pitäneet osastonhoitajien ehdottamaa pilotointia tarpeellisena, koska aiemmat kokemukset pilotoinnista eivät olleet pelkästään hyviä. Pilotointia pidettiin tarpeettomana myös siksi, että mittari oli tuttu. Ylihoitajat toivat esiin asioita, jotka kertovat koulutuksen olleen suunnitelmallinen. Ylihoitajien mukaan käyttöönottokoulutus oli ajoissa merkitty koulutussuunnitelmaan ja suunnittelussa oli hyödynnetty muualla tapahtuneiden hoitoisuusluokitusjärjestelmien käyttöönottojen kokemuksia.

Osastonhoitajat kokivat, etteivät olleet saaneet mahdollisuutta vaikuttaa aikatauluihin. Tätä ylihoitajat pitivät yllättävänä tietona, koska heidän mukaansa vaikutusmahdollisuuksia oli, kun aikataulua oli suunniteltu yhdessä esimiesten ja yhdyshenkilöiden kanssa. Kriittikkiin siitä, ettei koulutuksiin päästy osallistumaan ylihoitajat vastasivat kertomalle, että koulutuksissa, etenkin vastuuhenkilöiden, oli väki kiitettävästi paikalla. Ylihoitajien mukaan hoitohenkilökunnalle tulisi painottaa osastotyöskentelyn tärkeyttä käyttöönotossa. Ylihoitajat halusivat tuoda esille sen, ettei käyttöönottoprosessin tärkein vaihe ole varsinainen koulutuspäivä, vaan tärkeämpää jalkautumisen kannalta on osastotyöskentely, ja vieriovetusta osastolla tulisi arvostaa enemmän. He korostivat tässä yhteydessä yhdyshenkilön roolia.

Annettuun palautteeseen resurssien riittämättömyydestä ja aikataulun tiukkuudesta, ylihoitajat vastasivat avaamalla keskustelun priorisoinnin kehittämisestä. Ylihoitajien mukaan osastonhoitaja on työryhmänsä asiantuntija ja tätä asiantuntijuutta tulisi hyödyntää priorisoimisessa. Osastonhoitajalla on esimerkiksi parhain tieto siitä, minkälaiset ovat oman työryhmän kehittämistä vaativat osa-alueet. Ylihoitajat halusivat tuoda esiin, että osastonhoitaja toimii keskeisenä viestin viejänä hoitohenkilökunnan ja johdon välillä, molempiin suuntiin. Koulutuksiin käytettävä aika on rajallista ja koulutustarjonta on suuri. Tästä syystä priorisoinnin tärkeys korostuu myös koulutuksiin liittyvissä asioissa.

7.3.2 Hyödyntämisen viestiminen

Hoitohenkilökunnan epäuskoon tulosten luotettavuudesta ylihoitajat ajattelivat voivan vaikuttaa tekemällä järjestelmän hyödyntämisen näkyvämmäksi. Ylihoitajien mukaan saadussa palautteessa näkyy aikaisempi hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntämättömyys. Ylihoitajat totesivat, että aikaisempi johdon epäusko on välittynyt osastonhoitajiin ja henkilöstöön. Ylihoitajien mukaan epäuskoon vaikuttaa myös se, että henkilöstöresurssien tarpeen mittaaminen nähdään haasteellisena.

Ylihoitajien mukaan hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien kuvaamaa tyytymättömyyttä käyttöönoton perusteluista ei ole enää havaittavissa. Kokemus käyttöönotosta on tällä hetkellä positiivinen. Ylihoitajien mukaan palautteeseen perusteluiden puuttumisesta ovat vaikuttaneet haastattelujen ajankohdat, eivätkä ylihoitajat joudu enää vastaamaan kyselyihin käyttöönoton perusteluista. Ylihoitajien kokemuksen mukaan hoitotyönmittarilta vaaditaan enemmän kuin muilta mittareilta, mutta myös se, että erilaisia käyttöönottoja on ollut paljon, on vaikuttanut siihen, että perusteluja on nyt vaadittu enemmän.

7.3.3 Käyttöönotto osastolla

Hoitohenkilökunnan toiveesta osaston sisäisen koulutuksen lisäämisestä keskusteltaessa, ylihoitajat korostivat yhdyshenkilön valintaan panostamista. Ylihoitajat kertoivat, että yhdyshenkilön rooli on merkittävä. Yhdyshenkilö on merkittävä vastuunkantaja ja osastonhoitajan kumppani käyttöönotossa. Yhdyshenkilön toimintaa täytyy arvioida vuosittain ja tarvittaessa henkilöä vaihdetaan.

Hoitohenkilökunta toivoi enemmän yhteisluokittelua epäselvän luokittelun tueksi, johon osastonhoitajat kertoivat esteenä olevan ajanpuutteen. Ylihoitajien mukaan työryhmiä tulisi kannustaa aiempaa itseohjautuvimmiksi. Työryhmiä tulisi kannustaa kehittämään itseään, ja esimerkiksi yhteisluokittelua tulisi tehdä ilman ulkoa tulevaa käskyä. Ylihoitajien mukaan on erilaisia tapoja löytää aikaa yhteisluokittelulle, kuten ottaa luokittelu osaksi raportointia. Ylihoitajat esittivät myös toiveen siitä, että työntekijät rohkaistuisivat johtamaan itse itseään enemmän, ja ottamaan vastuuta omasta oppimisestaan.

Henkilökunnan toiveeseen raporttien todellisesta hyödyntämisestä vastattiin, että esimiestyö tulisi tehdä näkyväksi käyttöönotossa. Ylihoitajat kertoivat, että raportteja on jo hyödynnetty ja kuukausiraportteja on käyty läpi osastonhoitajienkokouksessa. Hyödyntämisestä viestimistä hoitohenkilökunnalle pidettiin tärkeänä. Raportteja on myös käytetty toimintakertomuksen tukena, mikä tekee järjestelmän käytöstä näkyvän. Vaikka hyödyntämistä tehdään jatkuvasti, palautetta raporteista tulisi antaa herkemmin. Rinnakkaisluokitusten tuloksia käydään tulevaisuudessa läpi osastotunneilla. Todettiin myös, että ylihoitajien on hyvä käydä säännöllisesti tapaamassa henkilökuntaa asian tiimoilta. Ylihoitajat kertoivat, että ylihoitajien näkyvillä olo käyttöönotokoulutuksissa oli psykiatrian toimialueen yhteinen päätös, jossa haluttiin viestittää johdon sitoutumista käyttöönottoon.

7.4 Käyttöönottomalli

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta, ja kartoitettiin minkälaisia kehittämis ehdotuksia osastonhoitajilla ja ylihoitajilla on käyttöönottoon liittyen. Tuloksista muodostettu käyttöönottomalli pitää sisällään kolme pääkohtaa: suunnittelu, koulutus ja toteutus.

Suunnittelu

Uuden järjestelmän käyttöönoton suunnittelun ei tule tapahtua ylhäältä (johdosta) käsin. Käyttöönoton sujuvuuden kannalta on tärkeää, että **suunnittelussa ovat mukana myös lähiesimiehet**. Käyttöönoton **aikataulussa pitää olla väljyyttä**. Jos yksiköissä on käytetty samankaltaista järjestelmää aiemmin, on syytä miettiä tauon pitämistä vanhan ja uuden järjestelmän välissä. Itse käyttöönotossa henkilökunnalle on hyvä mahdollistaa järjestelmän sisäistäminen ennen varsinaista käyttöönottoa. Suunnittelu, koulutuksiin osallistumiset ja kuitenkin tiukalla aikataululla tehtävät käyttöönotot vaativat lähiesimieheltä **priorisoimisen taitoa** mahdollistuaakseen.

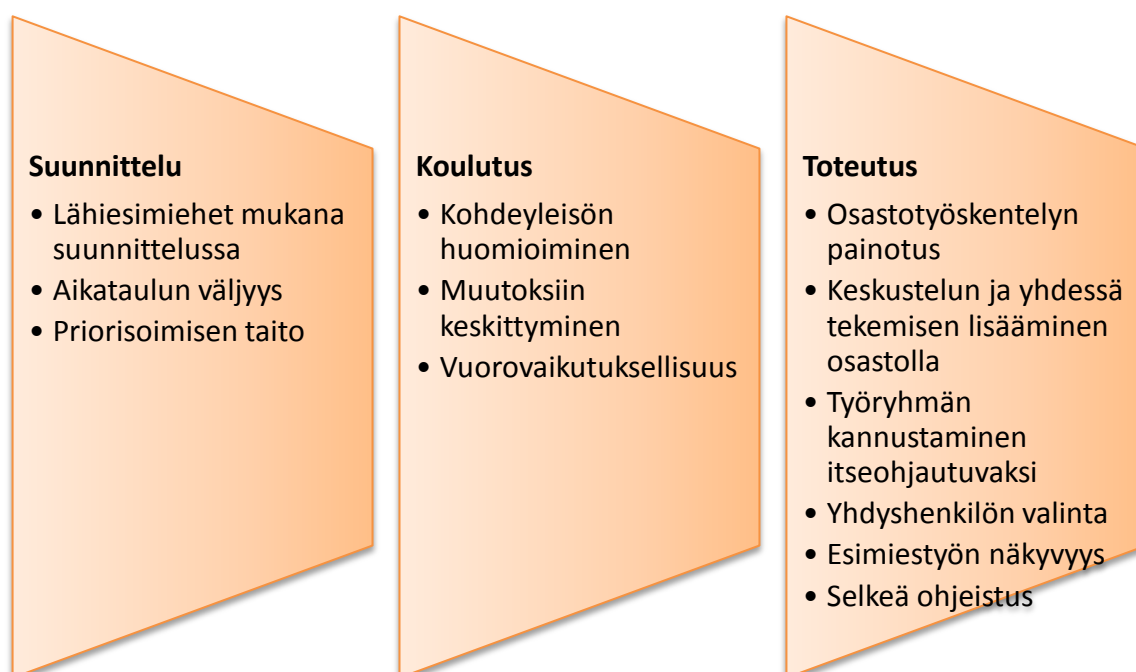
Koulutus

Henkilökunnan turhautumisen välttämiseksi koulutuksessa on erityisesti **huomioitava kohdeyleisöllä jo oleva asiantuntemus**. Käyttöönoton kannalta oleellista olisi keskittyä varsinaisiin muutoksiin. Koulutuksen **vuorovaikutuksellisuus** antaa kuulijoille mahdollisuuden saada tietoa juuri heitä askarruttavista asioista.

Toteutus

Koulutustilaisuus on vain pieni osa käyttöönottoon liittyvää oppimista ja järjestelmän sisäistäminen tapahtuu yksikön sisällä. Henkilökunnalle on **syitä painottaa osastotyöskentelyn merkitystä käyttöönotossa**. Oppimisen ja keskustelun tulee painottua yksikön sisälle, koska yksikön ominaispiirteet vaikuttavat siihen kuinka käyttöönotto tapahtuu ja jatkuu. **Yksikön sisäistä keskustelua ja yhdessä tekemistä täytyy lisätä** käyttöönoton onnistumisen näkökulmasta.

Työryhmää pitää kannustaa itseohjautuvaksi käyttöönotossa, ja vahvistaa työryhmän luottamusta omaan kykyynsä arvioida osaamistaan ja oppimistarpeitaan. Yhdys henkilön vastuu on merkittävä, ja tästä syystä **yhdys henkilön valinta** on hyvä suorittaa erityisellä huolella. Järjestelmän käyttöönottoon liittyvä **esimiestyö täytyy tehdä näkyväksi**, ja järjestelmän hyödyntämisestä viestiä, jotta henkilökunnalla kasvaa usko järjestelmän hyödyntämiseen ja siihen, että johto seisoo käyttöönoton takana. Järjestelmän käytön **ohjeistuksen pitää olla selkeää** ja kaikkien saatavilla.



KUVIO 10. Käyttöönottomalli

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Käyttöönottomalliin muodostui kolme pääluokkaa: suunnittelu, koulutus ja toteutus. Suunnittelussa huomioitavat asiat ovat lähiesimiesten mukana olo suunnittelussa, aika- taulun väljyys ja priorisoimisen taito. Osastonhoitajat olivat kokeneet, etteivät olleet saaneet vaikuttaa käyttöönoton suunnitteluun, johon ylihoitajat vastasivat kertomalla, että yhteisiä suunnittelutilaisuuksia oli kuitenkin ollut esimiesten ja yhdyshenkilöiden kanssa. Näkemyseroja oli myös koulutukseen osallistumisen mahdollisuudesta. Hoito- henkilökunta ja osastonhoitajat kokivat, ettei kaikilla ollut mahdollisuutta osallistua koulutukseen, mutta ylihoitajat totesivat koulutuksissa olleen kiitettävästi henkilökuntaa paikalla. Ylihoitajat puhuivat tässä yhteydessä yhdyshenkilöille ja osastonhoitajille tar- koitetuista koulutustilaisuuksista, joihin oli päästy kiitettävästi paikalle koulutuksen intensiivisyydestä huolimatta. Hoitohenkilökunta taas viittasi kaikille tarkoitettuun ilta- päiväkoulutukseen. Yksi ryhmähaastattelu koostui viidestä hoitajasta, joista kukaan ei ollut osallistunut koulutukseen. Kuten Syrjälän (2010) opinnäytetyössä, henkilökunnalla oli toive, että kaikilla olisi mahdollisuus osallistua varsinaisiin koulutustilaisuuksiin. Koulutukseen osallistuminen olisi voinut osaltaan edesauttaa järjestelmän sisäistämistä ja koulutuksesta olisi ollut mahdollisuus saada perusteluja käyttöönotolle.

Toisen pääluokan eli koulutuksen kannalta merkityksellisiä asioita käyttöönottomallissa ovat: kohdeyleisön huomioiminen, muutoksiin keskittyminen ja vuorovaikutuksellisuus. Tuloksien mukaan hoitohenkilökunta ja osastonhoitajat eivät olleet tyytyväisiä koulu- tuksen sisältöön. Sisältöä pidettiin lähinnä vanhan kertauksena. Ylihoitajienkin mukaan koulutuksessa olisi pitänyt olla varsinaista uutta asiaa enemmän. Tämä turhautuminen koulutukseen saattoi osaltaan vaikuttaa koko käyttöönoton kokemiseen.

Hoitohenkilökunnan kokemuksia käyttöönotosta tarkasteltaessa on hyvä ottaa huomi- oon, että tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat vain kahta hoitajaa lukuun ot- tamatta tehneet hoitoisuusluokituksia jo useita vuosia. Hoitoisuusluokitusten teko ei tullut heille kenellekään uutena asiana Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöö- notossa, vaikka luokittelun tekeminen vaatikin päivittämistä

Kolmanneksi pääluokaksi käyttöönottomallissa muodostui toteutus. Käyttöönottomallin mukaan toteutuksessa oleellista on esimerkiksi selkeä ohjeistus, osastotyöskentelyn painotus, sekä keskustelun ja yhdessä tekemisen lisääminen osastolla. Kuten Syrjälän (2010) opinnäytetyössä, hoitohenkilökunta koki selkeän ja yhteneväisen ohjeistuksen puuttuvan. Oleellista toteutuksessa on myös esimiestyön näkyvyys ja hyödyntämisestä viestiminen. Kuten HYKS:in psykiatrian tulosityksiköiden hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotoissa (Ala-Nikkola ym. 2005), liittyi Rafaelan herättämä vastustus TAYSIN psykiatrian toimialueella siihen, että henkilökunnan oli vaikea hahmottaa luokittelemisesta koituvaa hyötyä, ja koettiin, että käyttöönottoprosessiin käytetty aika oli pois potilastyöltä. Yhteneväistä oli myös se, että merkityksellisiksi käyttöönotossa koettiin nimenomaan osastolla käydyt yhteiskeskustelut.

Itse hoitoisuusluokitusjärjestelmä herätti voimakkaita tunteita hoitohenkilökunnassa, ja järjestelmästä puhuttiin paljon ryhmähaastatteluiden aikana. Hoitohenkilökunnan kokemukset hoitoisuusluokitusjärjestelmästä olivat hyvin samankaltaisia kuin Syrjälän (2010) ja Zadraksin (2011) opinnäytetöissä, eli hoitohenkilökunta suhtautui hyvin epäilevästi hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyötyjä kohtaan. Tässä opinnäytetyössä oli lähes kaikkien näiden kokemusten taustalla hoitoisuusluokitusten hyödyntämiseen liittyvä historia, eli se, ettei luokitteluja ole hyödynnetty aikaisemmin. Tästä olivat myös osastonhoitajat ja ylihoitajat samaa mieltä.

Kaikissa kolmessa ryhmähaastattelussa hoitohenkilökunta aloitti kokemuksista puhumisen kertomalla hoitoisuusluokitusten tekemisen sujuvan hyvin. Keskustelun edetessä tuotiin kuitenkin esiin, ettei oikeastaan tiedetä kuinka luokittelua tulisi tehdä. Tämä ristiriitaisuus voi selittyä sillä, mikä tuloksistakin ilmenee, että luokitteluja tehdään rutiniinomaisesti, niin kuin on aikaisemmin totuttu tekemään. Luokittelujen tekeminen uuden ohjeistuksen ja koulutuksen ohjaamalla tavalla herätti hoitajissa kuitenkin epävarmuuden tunteita.

Tässä opinnäytetyössä ei suoranaisesti selvitetty muutosjohtamista edistäviä tekijöitä, mutta opinnäytetyössä nousi esiin samankaltaisia huomioita kuin Heinon ja Taskisen tutkimuksessa (2012). Merkittäväksi muutoksen onnistumisen kulmakiveksi nousi tässäkin ylemmän johdon ja ylihoitajien tuki. Hoitohenkilökunnan lisäksi myös osastonhoitajat kokivat, että olisivat tarvinneet enemmän perusteluja käyttöönotosta, jotta muutoksen eteenpäin vieminen olisi onnistunut vakuuttavammin. Kuten Heinon ja Taskisen

tutkimuksessa, tässäkin osastonhoitajat toivoivat mahdollisuutta osallistua suunnittelu-prosessiin.

Osastonhoitajat kokivat perustehtävän johtamisen tärkeänä, ja toivat esiin, että perustehtävä jäi käyttöönoton jalkoihin. Vuorinen toteaa väitöskirjassaan (2008) osastonhoitajien olevan hyvin maltillisia muutoksia läpi viettäessä, ja johtamistoiminta pohjautuu pitkälti perustehtävän johtamiseen.

Pusan tutkimuksen (2007) mukaan läheskään kaikki johtajat eivät hyödyntäneet hoitoisuusluokitusjärjestelmää täysimittaisesti. Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat ja ylihoitajat kertoivat kuitenkin, kuinka järjestelmää hyödynnetään jo nyt. He toivat esiin myös ajatuksia ja suunnitelmia hyödyntämisestä tulevaisuudessa, kun järjestelmän käyttöönotto on edennyt. Kiinnostus järjestelmän hyödyntämiseen vaikutti ilmeiseltä.

Ylihoitajien ryhmä haastattelu oli noin 5 kuukautta osastonhoitajien haastattelun jälkeen, ja aikaa hoitohenkilökunnan haastatteluihin oli ehtinyt kulua jo 9 kuukautta. Ylihoitajilla oli siis mahdollista tehdä jo jonkinlaista arviota haastattelutilanteessa käyttöönottoprosessin sujumisesta. Käyttöönottoprosessi oli heidän näkemyksensä mukaan sujunut hyvin, ja henkilökunta vaikutti sitoutuneelta järjestelmän käyttöön. Tässä viimeisessä ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että sekä hoitohenkilökunnan että osastonhoitajien ja ylihoitajien näkemykset käyttöönottoprosessista erosivat joissakin asioissa. Tarkkaa syytä näihin eroihin on mahdotonta sanoa, mutta yksi kokemuksiin vaikuttava tekijä on voinut olla juuri haastatteluiden ajankohdat.

Saadun aineiston perusteella ei voida yksioikoisesti luoda joka ympäristössä toimivaa käyttöönottomallia, mutta tuloksista löytyvät käyttöönoton kulmakivet. Bikva-arviointia käytetään erityisesti silloin, kun halutaan selvittää asiakkaiden mielipiteet ja kokemukset palvelusta, ja viedä saatu tieto portaittain ylemmäs aina päättäjille saakka, jotta palvelua saataisiin kehitettyä. Tässä bikva-mallin mukaisesti tehdyssä opinnäytetyössä saatiin kerättyä arvokasta tietoa siitä, mitkä asiat hoitohenkilökunta koki merkittävinä käyttöönottoprosessissa, ja se, että onnistumiseen vaikuttaa suuresti aiemmat kokemukset muista käyttöönotoista ja aikaisempien esimiesten suhtautuminen hoitoisuusluokitukseen.

Bikva-malli toimii erinomaisesti palautteen viejänä työntekijätasolta aina johdolle saakka. Aineistonkeruumenetelmänä se on mielenkiintoinen, mutta myös vaativa. Menetelmä asettaa tutkijalle haasteita olemalla suuritöinen. Omat haasteensa tuo myös eteenpäin vietävän palautteen valinta, ja kuinka mitäkin kokemuksia painotetaan seuraavassa vaiheessa.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta käsitellään usein validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti arvioi vastaako tutkimus esitettyihin tutkimustehtäviin, ja reliabiliteetti kertoo, onko tutkimustulokset luotettavia. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136.) Opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta. Tutkimuksen tulokset kuvastavat haastateltavana olleiden henkilöiden näkemyksiä ja kokemuksia Rafaela hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta tietynä ajankohtana. Tutkimustulokset käyttöönoton kokemuksista eivät ole sellaisinaan yleistettävissä. Sen sijaan, että olisi saatu luotettavaa tietoa käyttöönoton sujumisesta, tavoitteena olikin löytää käyttöönottoon ja sen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida hyvien tieteellisten käytäntöjen kautta. Käytäntöihin kuuluu, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Kuula 2011, 34–35.) Opinnäytetyön tekeminen alkoi opinnäytetyön suunnitelman laatimisella. Suunnitelma toimitettiin liitteenä tutkimuslupaa haettaessa kohdeorganisaatiolta. Vasta tutkimuslupan myöntämisen jälkeen toteutettiin ensimmäiset ryhmähaastattelut. Tässä tutkimuksessa ei haastateltavien valinta hoitohenkilökunnan joukosta ollut täysin sattuman varaista. Tutkija antoi osastonhoitajille tiedon ryhmähaastattelupäivistä, ja osastonhoitajat ehdottivat haastateltavia työvuorolistojen perusteella. Haastateltavien valikoituminen tällä tavalla tuskin vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Ei ole syytä olettaa, että osastonhoitajat olisivat valikoineet haastateltavia muista syistä kuin aikataulullisista ja mahdollisesti siitä, että kenen he uskoivat suostuvan osallistumaan ryhmähaastatteluun. Hoitohenkilökunnan haastateltavien suuri määrä ($n = 12$) lisää tulosten luotettavuutta. Osastonhoitajat valikoituivat lopulta sen mukaan, kenellä oli kalenterissa tilaa haastatteluajankohtana. Ylihoitajien ryhmähaastatteluun osallistuivat kaikki toimialueen ylihoitajat.

Oli tiedonkeruu menetelmä mikä hyvänsä, tulee tutkittaville antaa tietoa tutkimuksesta ja tutkimusaineiston käytöstä. Informaation antaminen saattaa vaikuttaa siihen, saako ihmisiä osallistumaan tutkimukseen. (Kuula 2011, 99–106.) Osastonhoitajien antamien nimelistojen mukaisesti hoitohenkilökunnalle lähetettiin sähköpostitse kutsukirje (liite 1.), jossa kerrottiin lyhyesti opinnäytetyön tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, ettei osallistujien henkilöllisyys tule esiin opinnäytetyössä. Sähköpostin saaneista hoitajista ei kukaan kieltäytynyt osallistumasta.

Krogstrup puhuu haastattelijasta arvioijana, jonka tulisi olla asiakkaille etukäteen tuntematon henkilö. Hän puhuu myös moderaattorista ja toteaa, että hyväksi moderaattoriksi tuleminen edellyttää alan koulutusta ja kokemusta ryhmähaastatteluista. (Krogstrup 2004, 26–27.) Tässä tutkimuksessa haastattelija oli osalle haastateltavista tuttu, koska työskentelee samalla toimialueella. Todennäköisesti sillä ei ole merkitystä tutkimustulosten luotettavuutta tarkasteltaessa, koska tutkija ei ole sidoksissa hoitoisuusluokitusjärjestelmään tai sen käyttöönottoon. Tulosten luotettavuutta pohtiessa, on kuitenkin hyvä ottaa huomioon, että tutkijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta ryhmähaastatteluiden tekemisestä. Tulosten luotettavuutta lisää kuitenkin se, että kaikki ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Aineistonkeruu ei ollut riippuvainen muistiinpanoista tai tutkijan muistista.

Aikaisempia tutkimuksia täsmällisesti samasta aiheesta ei löytynyt, ja teoreettisen viitekehyksen luomisessa on käytetty tutkimuksia lähinnä lähiesimiesten muutosjohtamiseen ja hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön liittyen. Opinnäytetöiden käyttö ei ole suositeltavaa, mutta viitekehykseen on otettu kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä juuri siitä syystä, että aikaisempia tutkimuksia aiheesta ei ollut ja nämä opinnäytetyöt olivat aiheiltaan hyvin samankaltaisia.

Eettisellä ajattelulla tarkoitetaan kykyä pohtia oikean ja väärän eroja yhteisön antamien arvojen kautta. Etiikka on erityisesti läsnä sellaisissa tilanteissa, joissa ei ole olemassa yhtä ainoaa ratkaisumallia. Vaikka normien tuntemus auttaa, jokainen kantaa itse vastuun tutkimustyöhön liittyvissä ratkaisuissa. (Kuula 2011, 21.) Haastattelija analysoi ja tiivistää materiaalia, jolloin siinä näkyy selvästi haastattelijan korostamat asiat (Yliruka ym. 2009, 136). Laadullisessa tutkimuksessa tärkeä pohdinnan aihe on tutkijan puolueettomuus. Tutkijan ollessa tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija, ei puolueettomuus ole täysin mahdollista. (Tuomi & Sarajarvi 2012, 135–136). Ensimmäisen ja toisen vaiheen

ryhmähaastatteluista kertyi materiaalia niin runsaasti, ettei ollut mahdollista viedä kaikkea materiaalia seuraavaan haastatteluvaiheeseen. Analysoidusta aineistosta esitettiin hyvin tiivistetysti hoitohenkilökunnan kokemukset osastonhoitajille. Samoin toimittiin myös seuraavaan vaiheeseen siirryttäessä, jolloin ylihoitajat saivat kuulla lähinnä keskeisimmän ja voimakkaimman kritiikin hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta. Myönteisen palautteen eteenpäin viemiseen ei juurikaan käytetty aikaa. Tämän kaltaisen toiminnan perusteluna on kuitenkin se, että haastattelujen tavoitteena oli aktivoida haastateltavia miettimään, kuinka käyttöönottoprosessia tulisi kehittää.

Määrällisesti aineistoa tuli enemmän hoitohenkilökunnan kielteisistä käyttöönottokokemuksista. Haastateltavat alkoivat kuitenkin herkästi kertoa myös asioita, joihin olivat tyytyväisiä käyttöönotossa. Keskustelut ajautuivat haastattelutilanteissa kuitenkin hyvin nopeasti kielteisiin kokemuksiin. Tähän nopeaan siirtymiseen myönteisistä asioista kielteisiin voi vaikuttaa se, että haastateltavat odottivat haastattelijan haluavan kuulla nimenomaan käyttöönottoon liittyviä epäkohtia. Jälkikäteen mietittynä, haastatteliija olisi voinut kiinnittää tähän enemmän huomiota haastattelutilanteessa.

Hoitohenkilökunnan käyttöönottoon liittyvissä toiveissa näkyy analyysikuviassa tiedottaminen (Liite 3.). Osastonhoitajien ja ylihoitajien ryhmähaastatteluihin viedyistä hoitohenkilökunnan kokemuksista tämä kuitenkin epähuomiossa jäi pois. Tiedottaminen nousi keskusteluissa kuitenkin esiin muuta kautta.

On perusteltua olettaa, että hoitohenkilökunnan kokemuksiin käyttöönotosta vaikutti ryhmähaastatteluiden ajankohta. Hoitohenkilökunnan haastattelut kesäkuun puolessa välissä vuonna 2012 sijoittuivat käyttöönoton alkutaipaleelle. Koulutuksissa oli jo käyty mahdollisuuksien mukaan, mutta henkilökunnalla ei ollut vielä selkeää käsitystä siitä mitkä voisivat olla järjestelmän tuomat hyödyt. Hyödyntämisenäkökulman kannalta oleellisen PAONCIL-mittarin (laskee optimaalisen resursoinnin tason) käyttöönotto tapahtui vasta paljon myöhemmin.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta tietyinä ajankohtana (käyttöönotto hetkellä). Jatkotutkimuksena

olisi mielenkiintoista selvittää saman hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta myöhemmässä vaiheessa, kuten esimerkiksi vuosi käyttöönoton jälkeen, kun järjestelmä on ollut käytössä jonkin aikaa ja järjestelmän hyödyt nähtävissä.

Mielenkiintoista olisi myös selvittää varsinaisten koulutuspäivien merkitys tämänkaltaisessa käyttöönottoprosessissa. Kuinka ne hoitajat, jotka eivät osallistuneet mihinkään koulutukseen, ovat sisäistäneet järjestelmän käytön, verrattuna koulutuksessa käyneisiin hoitajiin.

Aineistosta nousi vahvasti esiin hoitoisuusluokitusten historia Pitkänien sairaalassa. Hoitohenkilökunta koki, ettei hoitoisuusluokituksia ole aikaisemmin hyödynnetty, ja myös osastonhoitajat ja ylihoitajat puhuivat samasta asiasta. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää hoitajien kokemuksia Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotosta yksikössä, jossa ei aikaisemmin ole ollut käytössä hoitoisuusluokituksia.

Lähiesimiesten mukana oloa käyttöönoton suunnittelussa pidettiin tärkeänä. Olisi mielenkiintoista tutkia kuinka työntekijöiden, eli hoitohenkilökunnan mukaan ottaminen suunnitteluun vaikuttaisi käyttöönottoprosessiin ja asenteisiin käyttöönottoa kohtaan.

LÄHTEET

- Ala-Nikkola, T., Mönkäre R. & Rajala T. 2005. PPC-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönotto - Kokemuksia ja johtopäätöksiä. Sairaanhoitajalehti 9/ 2005. Luettu 13.4.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2005/muut_artikkelit/ppc-hoitoisuusluokitusmittarin_k/
- Fagerström, L & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus-hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000–2002. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Fagerström, L & Rauhala, A. 2004. Determining optimal nursing intensity: the RAFA-ELA method. Journal of Advanced Nursing. 45 (4), 351–359.
- Finnish Consulting Group. Luettu 21.5.13. www.rafaela.fi.
- Heino, H. & Taskinen, H. 2012. Lähijohtaja muutosjohtajana terveydenhuollon organisaatiossa – edistävät ja estävät tekijät. Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen aikakauslehti 06/2012, 51–57.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.
- Högnabba, S. 2008. Muuttaako asiakkaan puhe käytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista. Helsinki: Stakes.
- Jalava, U. & Matilainen, R. 2010. Dynaaminen johtaminen - kohti yhteisöllistä ja näkemyksellistä johtamista. Hämeenlinna: PROTammi.
- Juusola, M., Oksa, H., Pukuri, T. & Rantalaiho, I. 2003. Muutostilanteiden hallinta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja: Tampere.
- Juuti, P., Rannikko, H. & Saarikoski, V. 2004. Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöllä. Helsinki: Otava.
- Kanerva, A., Alin, T., Aschan, H., Harinen, M., Konttinen, R. & Lindqvist, P. 2002. Jorvin sairaalan hoitoisuusluokitusprojekti. Väkiraportti II. HYKS Jorvin sairaala. Julkaisu: Sarja B 01/2003.
- Kanste, O. 2005. Moniulotteinen hoitotyönjohtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Kaski, S. & Kiander, T. 2007 Minä johtajana. Itsetuntemuksesta toimivaan johtajuuteen. Helsinki: Edita.
- Kaski, S. & Kiander, T. 2005. Tunnejohtajuus. Kuuntelua ja vaikuttamista. Helsinki: Edita.

- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kotter, J. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: Rastor.
- Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen Bikva-malli. Helsinki: Stakes.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 1/-99, 3-12.
- Leppänen, M. & Rauhala, I. 2012. Johda ihmistä. *Psykologiaa johtajille*. Helsinki: Talentum.
- Lindhom, M., Sivberg, B. & Ude' n, G. 2000. Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of Nursing Management* 8 (6), 327-335.
- Lipsanen, H. 2005. Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto psykiatrian toimialueella Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. *Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja* 113/2005.
- Mattila, P. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. 2011. Helsinki: Talentum.
- McGuire, E. & Kennerly, S. 2006. Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nurse Economics* 24 (4), 179-185.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja
- Pusa, A-K. 2007. The right nurse in the right place. Nursing productivity and utilisation of the RAFAELA™ patient classification system in 40 nursing management. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Schildt, T., Partanen, P. & Suominen T. 2009. Transformationaalinen johtajuus: erikoissairaanhoidon osastonhoitajat muutosjohtajina. *Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen aikakauslehti* 02/2009, 42-49.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.
- Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs johtajuus: ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Helsinki: Talentum.
- Syrjälä, J. 2010. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä. *Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusala*. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Tampereen yliopistollinen sairaala. Toiminta ja taloussuunnitelma 2012–2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Tampere.

Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint oy.

Tuominen, K. Lean. Tehoa ja laatua muutoksen johtamiseen. Helsinki: Readme.fi

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: Wsoy.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastohoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Yliruka, L., Koivisto, J. & Karvinen-Niinikoski, S. (toim.) 2009. Sosiaalialan työolojen hyvä kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:6. Helsinki: Yliopistopaino.

Zadraks, H. 2011. Salon aluesairaalan sisätautiyksikön hoitohenkilökunnan kouluttaminen Rafaela –hoitoisuusluokituksen käyttöönottoon. Terveysala. Kliininen asiantuntija. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

LIITTEET

Liite 1. Kutsukirje hoitohenkilökunnalle

Kutsukirje

Nokia 31.5.2012

Hyvä hoitotyöntekijä

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teen opinnäytetyötä Rafaela hoitoisuusluokituksen käyttöönotosta psykiatrian toimialueella. Opinnäytetyötä varten kerään ryhmähaastatteluiden avulla hoitohenkilökunnan kokemuksia käyttöönottoprosessista. Opinnäytetyöllä saadulla tiedolla pyritään kehittämään erilaisten järjestelmien käyttöönottoprosessia.

Opinnäytetyön ryhmähaastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistutaan nimettömänä. Osallistujan henkilötietoja ei kysytä missään vaiheessa. Ryhmähaastattelutilanteet nauhoitetaan analysointia varten. Nauhoitteita käsitellään luottamuksellisesti ja ne jäävät opinnäytetyön tekijälle. Tuloksia raportoidaan niin, ettei yksittäistä osallistujaa voida tunnistaa. Opinnäytetyön tekijää sitoo vaitiolovelvollisuus.

Toivon että osallistut ryhmähaastatteluun koska kokemuksesi on tärkeä. Haastattelu kestää n. 1 tunnin. Haastattelu järjestetään __kesäkuuta klo ____, osoitteessa____?

Katja Kiiski

YAMK-opiskelija

Liite 2. Teemahaastattelurunko hoitohenkilökunnalle.

Mikä on mielestänne ollut myönteistä Rafaelaan liittyvissä koulutuksissa ja käyttöönotossa?

Mitkä asiat ovat selvästi olleet kielteisiä Rafaelan käyttöönotossa ja siihen liittyvässä tiedottamisessa?

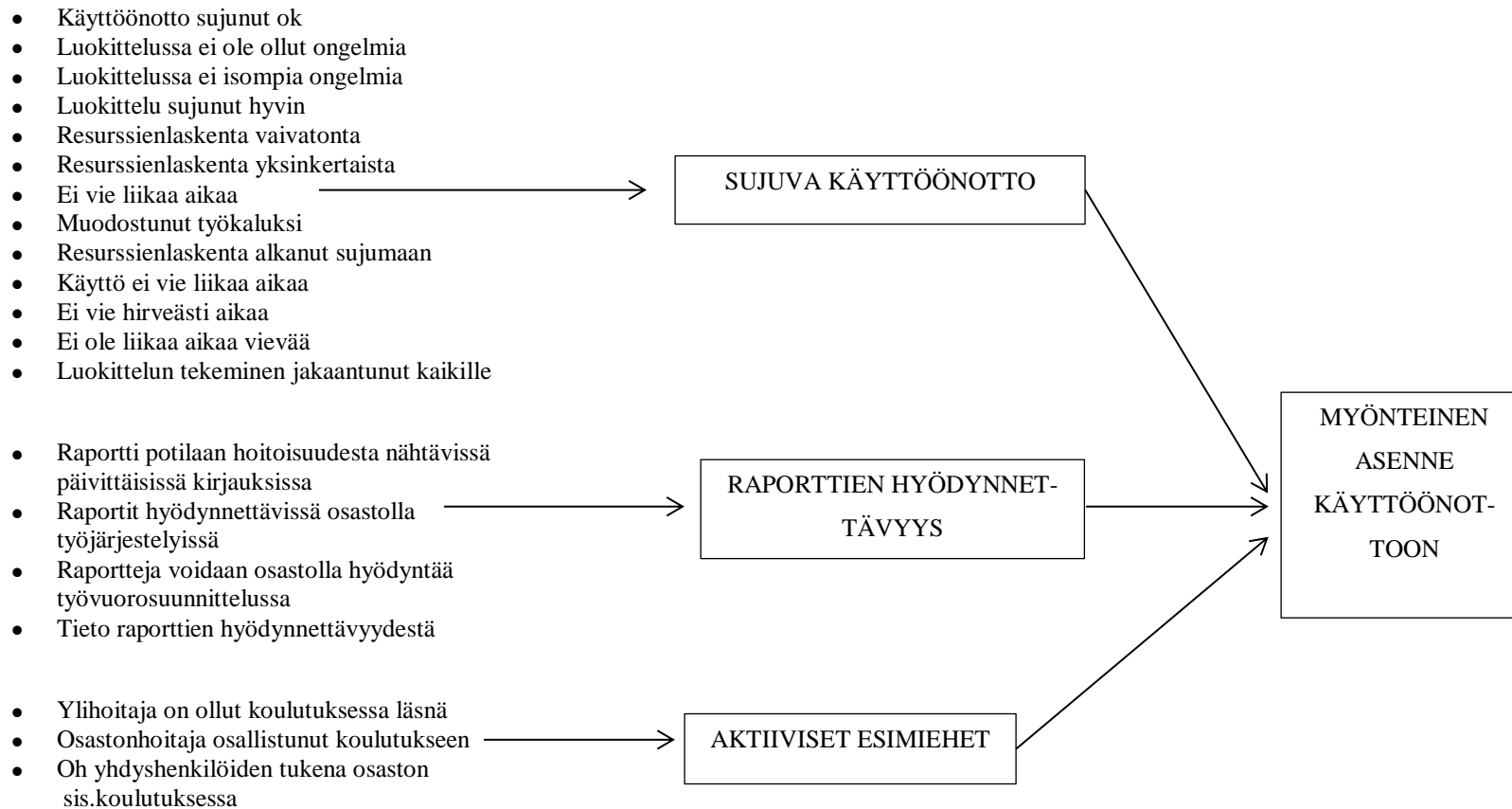
Ovatko koulutustilaisuudet olleet hyödyllisiä?

Oletteko mielestänne saaneet tukea Rafaelan käytössä?

Liite 3. Hoitohenkilökunnan haastatteluiden analyysi

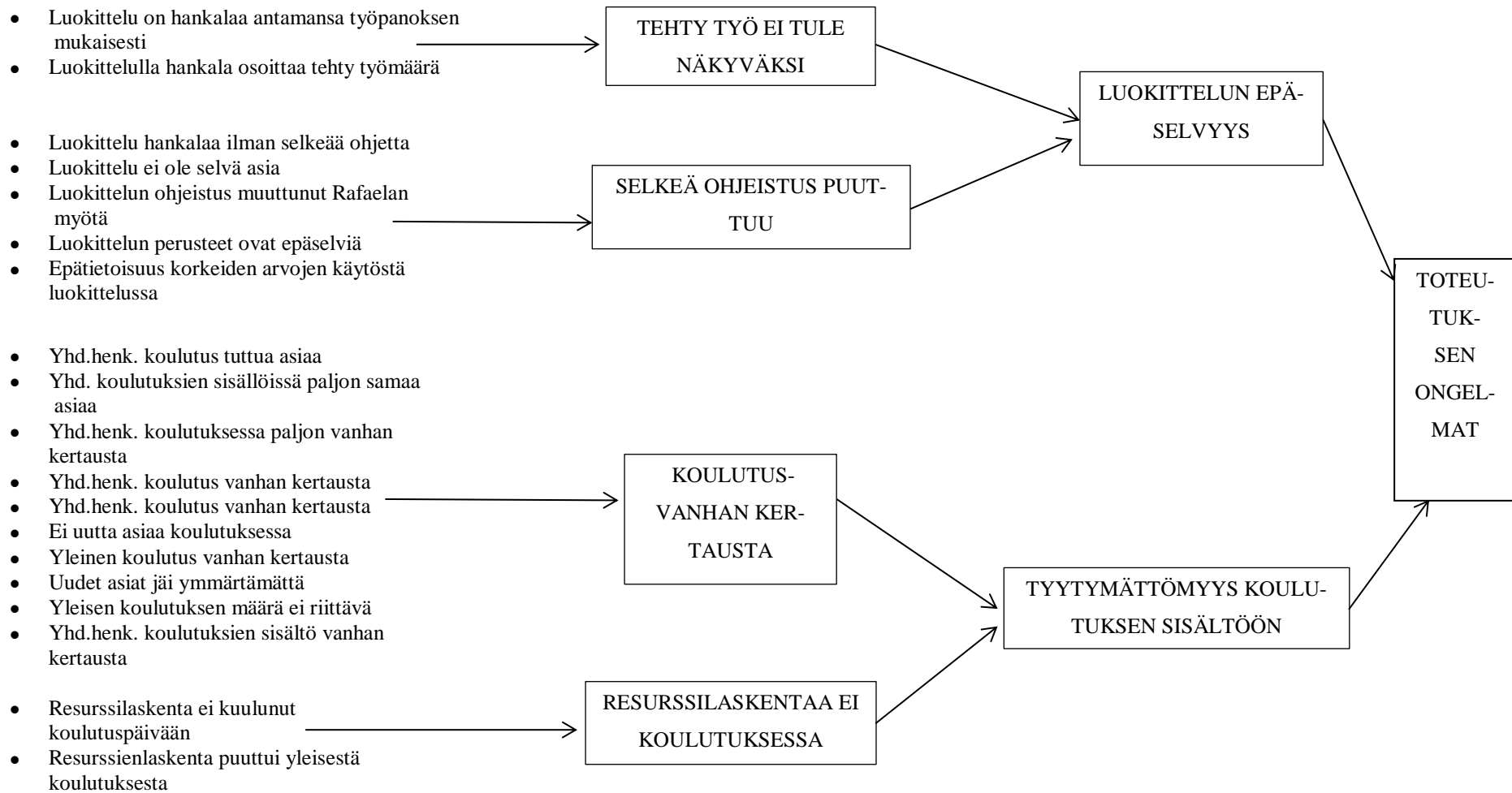
1 (6)

MYÖNTEISET KÄYTTÖÖNOTTOKOKEMUKSET

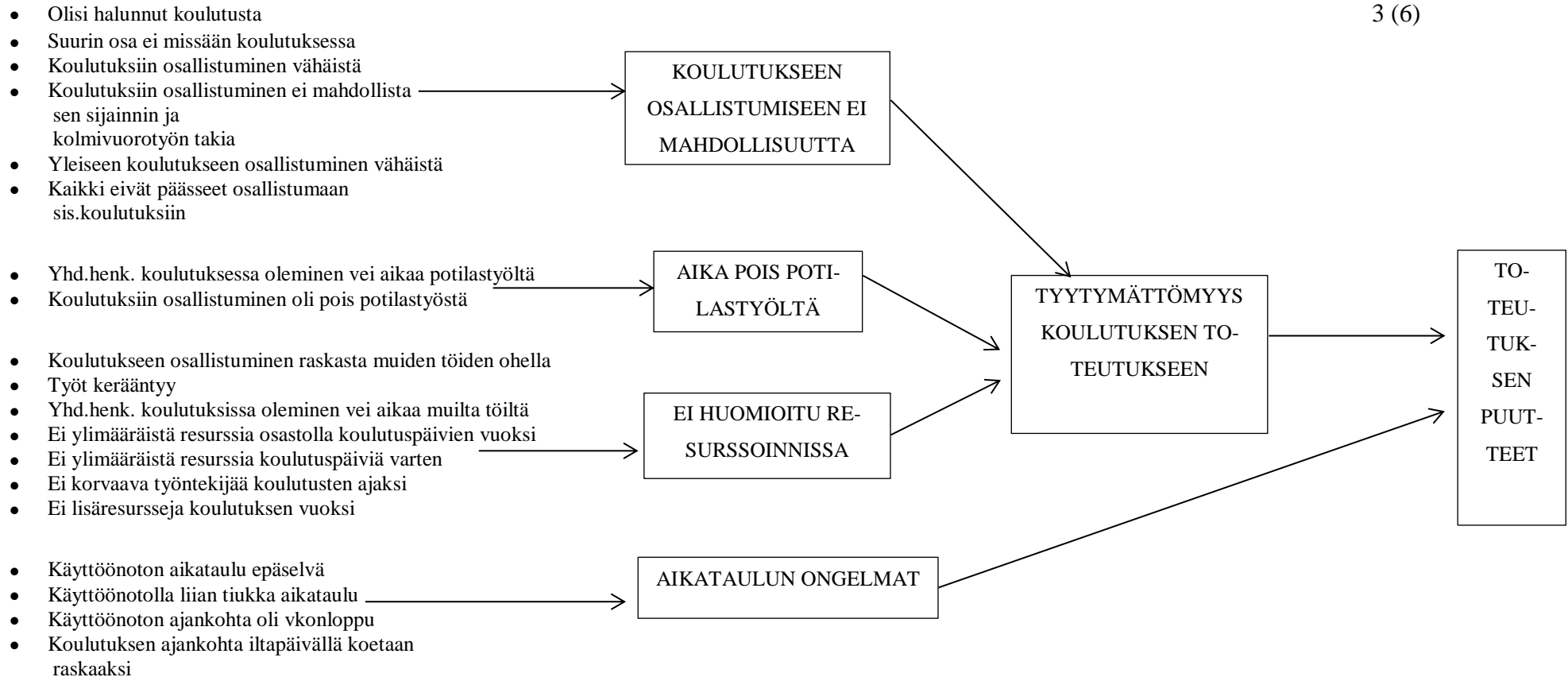


KIELTEISET KÄYTTÖÖNOTTOKOKEMUKSET

2 (6)

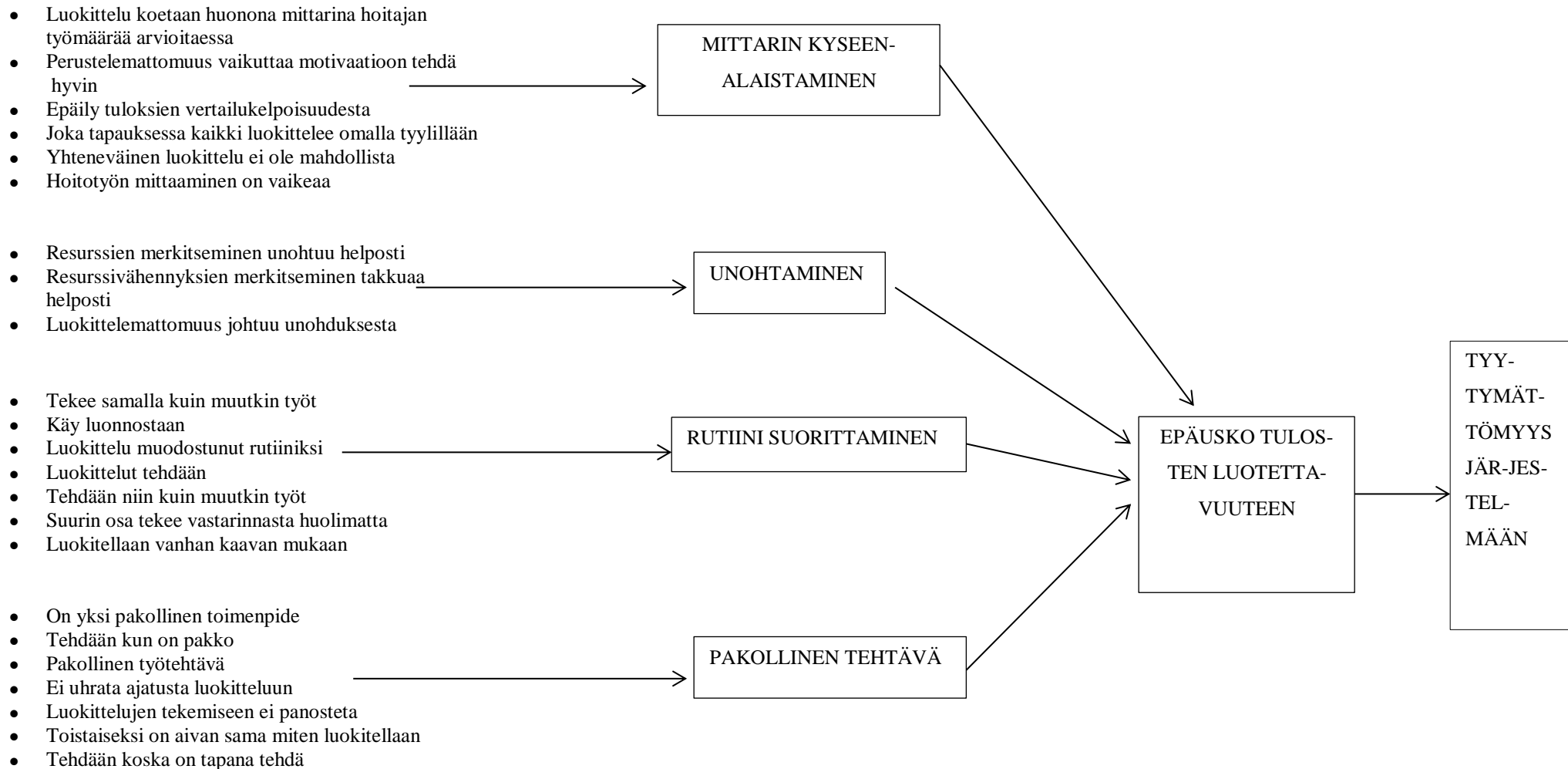


3 (6)

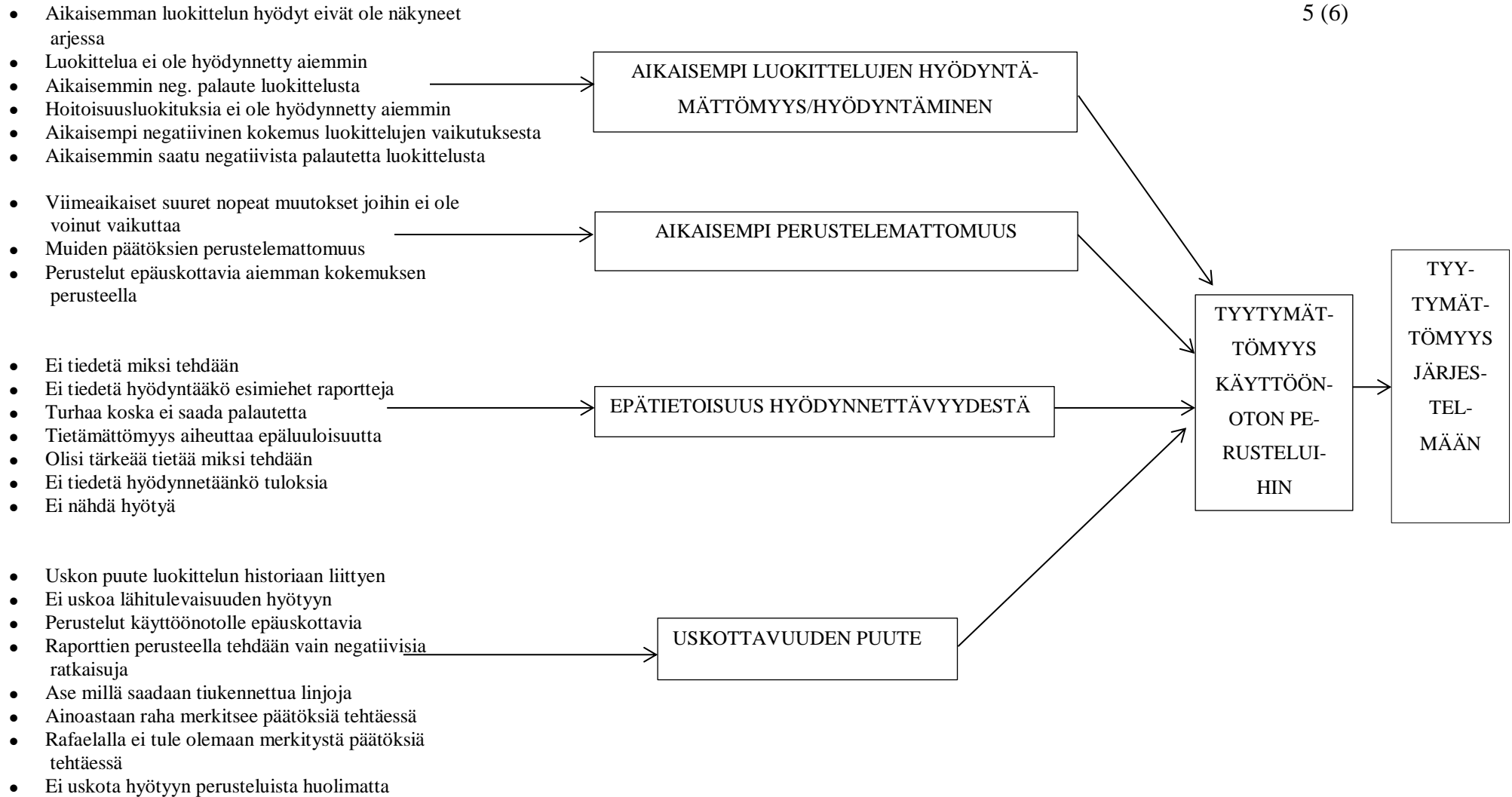


EPÄUSKO HOITOISUUSLUOKITUSJÄRJESTELMÄÄN

4 (6)



5 (6)



KÄYTTÖÖNOTTOON LIITTYVÄT TOIVEET

6 (6)

